Rok XXXVIII. Kraków, 7 Stycznia 1899. Nr [illegible]

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 86.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARS[illegible]

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKI[illegible]

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August [illegible]

[illegible]

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct. w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr. w Niemczech 1[illegible]	[illegible]
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „ „ „ „ „ 3 „	[illegible]
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „ „ „ „ „ 1½ „	3 [illegible] 8

Treść:

KO[illegible]KURS

W celu obsadzeni[illegible] posad [illegible] sanitarnych z systemizowa[illegible] poborami X. klasy [illegible] służbie zdrowia rozpisu[illegible] konkurs [illegible] do 20 stycznia 1899 r.

Kandydaci winni [illegible] wody kwalifikacyi po[illegible] z 21 marca 1873 Dz. [illegible] Nr. 37 [illegible] mości języków krajow[illegible] ctwa w wyznaczonym [illegible] będący w służbie państ[illegible] wej, a inni przez właś[illegible] i w Krakowie przez m[illegible]

Prezydyu[illegible]

Rok XXXVIII. ...ków, 7 Stycznia 1899. Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O gośćcowych cierpieniach gardła, krtani i nosa.

Napisał
Dr. Jan Sędziak (Warszawa).

(Odczyt ten miał być wygłoszony na VIII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu).

Wzmianki o zajęciu gardła przy ostrym gośćcu stawowym (rheumatismus articulorum acutus) spotykamy po raz pierwszy w połowie siódmego dziesiątka lat wieku bieżącego*).

We Francyi Trousseau [1]), w Ameryce zaś Clark [2]), oraz Ogle [3]) są pierwszymi, którzy jednocześnie (w r. 1865) zwrócili uwagę na stosunek obu tych cierpień.

Znacznie później w Niemczech, gdyż dopiero w roku 1872, Heymann [4]), a w parę lat po nim Niemeyer-Seitz [5]) wspominają o zajęciu gardła przy ostrym gośćcu stawowym.

Wkrótce potem Lagranère i Piponier [6]), uczniowie Trousseaua, podają, że spostrzegali występowanie zapalenia gardła (anginy) bądź przed, bądź w czasie, bądź wreszcie po przebyciu ostrego gośćca stawowego. Boeck [7]) zwraca uwagę na częste występowanie *anginae s. tonsillitidis lacunaris* w przebiegu tego cierpienia.

Już wówczas pogląd, co do związku, zachodzącego między cierpieniami gardła z jednej, a ostrym gośćcem stawowym z drugiej strony, musiał być, zwłaszcza w Ameryce, *resp.* Anglii, bardzo rozpowszechnionym, gdyż Lennox-Brown w podręczniku swoim o chorobach gardła z r. 1878 mówi o gośćcowym charakterze ostrego zapalenia migdałków.

Autor ten wspomina również, że w wielu razach spostrzegał przy zwykłem zapaleniu migdałków szmery w sercu. Jakkolwiek pogląd Lennox-Browna nie znalazł, zwłaszcza w Niemczech, oddźwięku, to jednak od tego czasu zaczynają się coraz bardziej mnożyć spostrzeżenia, zdające się przemawiać na korzyść tego poglądu.

I tak, w roku 1880 Fowler [8]) na sobie samym miał sposobność przekonać się o tym związku, Garrod [9]) zaś podaje na 80% (!) stosunek cierpień gardła do ostrego gośćca stawowego. Lasègue [10]) w tymże roku podaje 2 odnośne spostrzeżenia: w jednym z nich zapalenie gardła poprzedziło, w drugiem zaś wystąpiło po ostrym gośćcu stawowym. Dane statystyczne Garroda potwierdził Stewart [11]), oraz Harkin [12]). Ten ostatni autor spostrzegał zapalenie migdałków (tonsillitis), jako wstępne cierpienie w połowie przypadków przy ostrym gośćcu stawowym. W dalszym ciągu ogłosili tu odnoszące się spostrzeżenia Boeck [7]), Bull, Löbl [13]), Laure [14]), znowu Boeck [7]) 3-krotnie zabierający głos w tej sprawie, Ollivier [15]), St. Clair Thomson [15]), oraz Male [17]).

W roku 1885 Mantle [18]) przedstawia w dobrze napisanej pracy wyniki swoich spostrzeżeń, które potwierdzają pogląd Fowlera (nagminne występowanie gośćcowego zapalenia gardła). Rozróżnia on dwie postacie tego ostatniego cierpienia: 1) zapalenie gardła gośćcowe błoniaste (angina rheumatica membranacea), zbliżone do błonicy i 2) niebłoniasta (nonmembranacea), przypominającą płonicowe zapalenie gardła (angina scarlatinosa). Najczęściej przytem, według tego autora, bywają zajęte górne kończyny (staw łokciowy), następnie dolne (stawy: kolanowy i stopowy). Czasami widywał też i zajęcie serca (zastawki 2-kończystej), zwykle jednak przejściowe. Jako cechę znamienną dla tego cierpienia podaje ten autor szybki przebieg.

Wogóle w latach 1885 i 1886 daje się zauważyć, zwłaszcza w Anglii i Ameryce, znaczne zainteresowanie się tą sprawą tak, że nawet wyznaczoną była komisya ze strony *British medical Association* w celu zbiorowego badania częstości cierpień gardła w przebiegu ostrego gośćca stawowego, przyczem Green [19]), jako sprawozdawca wykazał, że przeszło w 25% zapalenie migdałków (tonsillitis) poprzedzało to cierpienie.

Wszyscy autorowie, piszący w owym czasie o tej sprawie, jakoto: Griffith [20]), H. Brown [21]) Fitzmaurice [22]), Fortescue Fox [23]), Easby [24]), Craig [25]), Plimmer [26]), J. Brown [27]), Cameran [28]), wreszcie Gubb [29]) wypowiedzieli pogląd, potwierdzający istnienie przyczynowego związku między temi sprawami chorobowemi. Jeden jedyny Atkinson [30]), jakkolwiek miał sposobność w ostatnich czasach spostrzegać zajęcie gardła przy ostrym gośćcu stawowym, jest przeciwnikiem tego zapatrywania.

Ciekawe są liczby H. Browna. Autor ten stwierdził na 127 przypadków ostrego zapalenia migdałków (epidemia szkolna) 119 razy związek z gośćcem, mianowicie w 76 przypadkach notowano poprzednio to cierpienie, w 14 przypadkach istniał jednocześnie ostry gościec stawowy, w 24 mięśniowy, wreszcie w 28 przyp. stwierdzono bóle gośćcowe. W 46 przyp. rodzice ulegali gośćcowi (w 22 — ojciec, w 14 — matka, wreszcie w 10 przyp. — oboje) — w 17 zaś przyp. bracia i siostry. Semon [31]) również bardzo często widywał zapalenia gardła, powikłane z bólami gośćcowymi, o wiele zaś rzadziej z typowym ostrym gośćcem stawowym. J. Brown wyraża zdanie, że można nie dopuścić do wytworzenia się ropnia migdałka przez wczesne podawanie do wewnątrz przetworów salicylowych, co i ja na podstawie własnego doświadczenia również mogę potwierdzić.

Bardzo interesujący przypadek podaje Stephanides [32])

*) Posiłkować się tu będę przedewszystkiem doskonałą monografią Peltesohna z Berlina, oraz Suchanneka, docenta z Zurychu, w których to pracach literatura, dotycząca omawianej sprawy, jest wyczerpująco podana.

z Karlsbadu: 35-letnia chora, w ciągu 2 tygodni przebyła kolejno zapalenie gardła, gościec ogólny stawowy i plamicę (purpura). Wszystko to powtórzyło się po 8 miesiącach. Po usunięciu przerosłych migdałków, chora ta ostatecznie wyzdrowiała. Seifert[33]) w pięknej monografii o „Angina lacunaris" z r. 1 \[illegible\] również wspomina o stosunku tego cierpienia do ostrego gośćca stawowego. Toż samo Eichhorst w swoim znanym podręczniku szczegółowej patologii i terapii. W dalszym ciągu o tej sprawie chorobowej pisali: Lewis[34]), Whipham[35]), Beverley Robinson[36]), Radcliffe[37]), Thayer[38]), (7 przyp. gośćcowego zapalenia gardła), Ingals[39]), który przyjmuje nawet istnienie przewlekłego gośćcowego zapalenia gardła; \[illegible\]horner[40]), Hinkel[41]), Arche[42]), Dalton[43]), Cuossland[44]) (wielce zajmujący przypadek 20-letniego chorego, który od 17-go roku życia przebył w ciągu 3 lat ostatnich 5 razy zapalenie migdałków, każdorazowo powikłane z ostrym gośćcem stawowym); wreszcie u nas Czajkowski[45]) (2 przyp.), który również uznaje związek między temi cierpieniami.

W roku 1890 I Fiedler[46]) w doskonałej pracy *„Zur Aetiologie der Pleuritis"* mówi, że w początkach gośćcowego cierpienia migdały bardzo często przedstawiają zmiany: są mocno zaczerwienione i obrzmiałe. Uważa on za bardzo „plausible" pasorzytnicze pochodzenie gośćca wszechstawowego z prawdopodobną inwazyą migdałków przez drobnoustroje. Bulson[47]) przyjmuje to jeszcze skłonność do gośćca (diathesis). W dalszym ciągu w sprawie powyższej pisali: Sanson[48]), Roos[49]), z kliniki Quinckego (6 przypadków zapalenia gardła z następczym ostrym gośćcem stawowym). W przypadku Leydena[50]) na 3 tygodnie przed zajęciem stawów i wsierdzia wystąpiło zapalenie gardła. W roku 1894 Buss[51]) napisał bardzo dobrą pracę o tym przedmiocie. Podaje on 12 przypadków w jednej rodzinie zapaleń gardła, powikłanych z ostrym gośćcem stawowym, prócz tego 11 innych przyp., gdzie wprawdzie nie nagminnie, lecz również po zapaleniach gardła występowało ostre zajęcie stawów, wreszcie w 3 innych przyp. z wywiadów można było przyjąć związek przyczynowy między temi cierpieniami. Riess[52]) podaje o wiele mniejszy stosunek liczby zapadań na gardło w przebiegu ostrego gośćca stawowego, niż Garrod, mianowicie 5%. Suchannek[63]) w doskonałej pracy „O związku zapalenia gardła z ostrym gośćcem stawowym" (1895 r.) wspominał, że widywał również dość często takie powikłania. Przytacza on jeden przypadek mieszkowego (follicularis) zapalenia gardła, powikłany tem cierpieniem, oraz odnośny przypadek Aronsohna. Groedel[54]) spostrzegał zwiastunowe zapalenie gardła przy ostrym gośćcu stawowym. Spostrzeżenia podobne ogłosili Gouguenheim[55]) i Sterling[56]). Gerhardt[66]) podaje odsetek, który najwięcej zdaje się być zbliżony do prawdziwego, zajmując pośrednie miejsce między zbyt wygórowanym Garroda (80%), oraz zbyt niskim Riessa (5%). Według niego zajęcie gardła przy ostrym gośćcu stawowym zdarza się w 21%.

W roku 1895 wyszła praca Freudenthala[57]) pod tyt.: „On rheumatic and allied affections of the pharynx, larynx, and nose". Autor ten, zaliczając do pewników tak zw. gośćcowe zapalenie gardła, włącza między innemi do tej kategoryi i tak zw. łagodne owrzodzenie gardła (angina ulcerosa benigna-Heryng), przytaczając 5 przyp., w których cierpienie to (w 2 powikłane z gośćcem) ustąpiło w parę dni po wewnętrznem stósowaniu salolu. W przypadku Westbrooka rozległe owrzodzenia w gardzieli również były pochodzenia gośćcowego. Wade[96]) uważa zapalenie migdałków za pierwotną, ostry zaś gościec za następową sprawę, wskutek wessania swoistych drobnoustrojów, lub ich produktów.

W roku 1897 wyszła wyczerpująca, najlepsza od czasu Suchannek'a, monografia Peltesohna[58]): Ueber Angina und Rheumatismus), w której autor przytacza między innymi taki przypadek: matka cierpi na wadę serca wskutek częstych nawrotów gośćca stawowego, a podczas ostatniego napadu zmarła. Jednocześnie wszystkie dzieci zapadły na mieszkowe zapalenie gardła, jedno zaś w końcu na ostry gościec stawowy z następczą wadą serca. Oprócz tego autor ten zwraca uwagę, że i gościec mięśniowy wikła się czasem z zajęciem gardła (1 przypadek autora). W ostatnich czasach M. Donnel[59]) opisał przypadek gośćcowego zapalenia migdałków, wikłającego się z zapaleniem osierdzia, bez zajęcia stawów; Braislin[60]) zaś 50 przyp. gośćcowego zapalenia gardła, wreszcie Boichon[61]) podaje 50% zapalenia gardła zwiastunowego (angina prodromalis).

Oto i wszystko, co \[illegible\] ikłań ostrego gośćca stawowego zajęciem gardła \[illegible\] wzajemnego stosunku obu tych cierpień, jest wiadomem.

Ze wszystkiego widać, że tak zw. zapalenie gardła gośćcowe (angina rheumatica lub „rheumatic sore throat" angielskich i amerykańskich autorów) niewątpliwie istnieje, jako samoistna sprawa chorobowa. Dowodzą tego całe szeregi klinicznych spostrzeżeń, których udało mi się dotąd zebrać w literaturze około 250.

Jak już wspomniałem, prawie wszyscy autorowie piszący o tej sprawie, a liczba ich jest poważna, oświadczyli się za istnieniem gośćcowego zapalenia gardła. Jedynymi przeciwnikami są Atkinson i Hope[63]).

Zajęcie gardła w ostrym gośćcu stawowym może albo go poprzedzać, albo przebiegać współcześnie, lub wreszcie występować w jakiś czas po ustąpieniu tej sprawy chorobowej.

Najczęstszą postacią bywa według jednozgodnych twierdzeń większości autorów zapalenie gardła mieszkowe (angina follicularis, lub właściwie „tonsillitis lacunaris acuta)". Od wielu lat przy tem cierpieniu stale zalecam przetwory salicylowe i sądzę, że stosunkowo szybki i łagodny przebieg, jaki spostrzegałem w moich przypadkach, należy przypisać działaniu tego leku.

Lecz i zwykłe zapalenia gardła (angina simplex) może być pochodzenia gośćcowego, co między innemi dowodzi powikłanie tej sprawy ostrym gośćcem stawowym. Przypadki takie znane są w literaturze.

Ja osobiście, podobnie jak i Semon, stosunkowo bardzo rzadko miałem sposobność spostrzegania tego powikłania; natomiast bardzo często w moich przypadkach zapalenie gardła (angina) występowało z bólami gośćcowymi. W tych razach zwykle przetwory salicylowe, stósowane wewnętrznie, dawały doskonałe wyniki.

Oprócz tych 2 postaci zajęcia gardła pochodzenia gośćcowego (t. j. tonsillitis lacunaris acuta, oraz angina simplex) niektórzy autorowie wspominają o ropniach migdałków, względnie około migdałkowych (tonsillitis abscedens et abscessus peritonsillaris), powikłanych z ostrym gośćcem stawowym. Monori[92]) podziela pogląd Fowlera, wypowiedziany je-

szcze w r. 1888, że sprawy ropne migdałków i tkanki około-migdałkowej są pochodzenia gośćcowego. Między innymi jeden taki przypadek ogłosił Auché.

W jedynym przypadku tego rodzaju, jaki miałem sposobność spostrzegać, a odnoszącym się do księdza, liczącego lat 40 parę, obok ropnia okołomigdałkowego po stronie lewej od tyłu, istniały też gośćcowe bóle mięśniowe w kończynach. W przypadku tym również było zajęcie gośćcowe krtani (staw obrączkowo-nalewkowy lewy). I tu salicylan sodowy usunął prędko cierpienie, o ile się zdaje przyrody gośćcowej.

Jak już wspomniałem, Freudenthal zalicza również do gromady gośćcowych cierpień gardzieli i tak zw. łagodne owrzodzenie gardła, opisane po raz pierwszy przez Herynga, a następnie Masuccıego i przezemnie [63]). Opiera on swój pogląd na jednoczesnem istnieniu w 2, z 5 spostrzeganych przez siebie, przypadkach — ostrego gośćca stawowego. Przypuszczenie to wydaje mi się dosyć prawdopodobne, gdyż i ja przypominam sobie z mojej praktyki jeden przypadek, 12-letniego chłopca, u którego na obu łukach podniebiennych przednich istniały symetryczne powierzchowne owrzodzenia owalne, wogóle przypominające te, jakie widziałem w 2 innych, ogłoszonych przezemnie przypadkach tego cierpienia. Przypadek ten również był powikłany ostrym gośćcem stawowym (matka dotknięta wadą serca, jako następstwo tegoż samego cierpienia),

Jak widzimy więc, cierpienia gardła przyrody gośćcowej mogą występować pod najrozmaitszemi postaciami, niekiedy zupełnie bez zajęcia stawów, czasami z zajęciem serca; niekiedy mają one charakter nagminny, częściej jednak występują sporadycznie. Przyroda gośćcowa tych cierpień znajduje potwierdzenie do pewnego stopnia w skuteczności leczniczej przetworów salicylowych. Z drugiej znowu strony znane są spostrzeżenia, gdzie leczenie miejscowe, t. j. usuwanie spraw chorobowych w gardle, usuwało też bezpowrotnie częste nawroty ostrego gośćca stawowego (przypadki Staffela [64]) i Stephanidesa).

Również za gośćcowym charakterem tych cierpień gardła przemawia tożsamość zarazka w obu tych sprawach chorobowych, zwłaszcza *anginae lacunaris*. W tem ostatniem mianowicie cierpieniu, jak to wykazały zgodne wyniki badań B. Fraenkela [98]), Goldscheidera [100]), moje [65]) i innych, główną odgrywają rolę gronkowce i paciorkowce. Tegoż samego rodzaju drobnoustroje ropotwórcze znajdowano w zawartości stawów w ostrym gośćcu stawowym, mianowicie: Paul Guttmann [67]) gronkowca ropotwórczego złotego, Hlava [68]) paciorkowce, Birch Hischfeld [69]) paciorkowce i gronkowce. W jaki sposób przedostają się owe laseczniki do ustroju? Nie ulega dziś najmniejszej wątpliwości, że tak jak przy wielu chorobach zakaźnych, tak i przy ostrym gośćcu stawowym, pierwotnem siedliskiem zarazka jest tkanka gruczołowa, mianowicie tak zw. pierścień limfatyczny Waldeyera, to jest migdały podniebienne, gardłowy i językowy. Przenikaniu temu sprzyja stała sprawa emigracyi leukocytów przez nabłonek migdałków podniebiennych i językowego (Stöhr [70]), oraz gardłowego (Suchannek) [71]), następstwem czego bywają braki w nabłonku, stanowiące „fizyologiczne rany" (Gerhardt). Dzięki aktowi połykania i wskutek tego ujemnego ciśnienia powietrza ułatwia się przenikanie tych zarazków przez tkankę gruczołową gardła (Scanes Spicer) [72]).

W dalszym ciągu, jak to wykazał Löffler [73]), drobnoustroje, dostawszy się z powierzchni błony śluzowej do głębszych warstw, przenikają do przestrzeni w tkance łącznej podśluzowej (Spalträume), lub odrazu przez nadżarcie zmartwiałych tkanek do naczyń chłonnych i krwionośnych, przyczem, wskutek zakrzepowego zapalenia żył (trombophlebitis) mogą się po całym roznosić ustroju, a więc i do stawów, wywołując ostry gościec stawowy, na który obecnie zaczynają się zapatrywać, jako na złagodzoną postać ropnicy (verblasstes Spiegelbild der Pyaemie; Sahli) [74]).

Wszystko, co powyżej powiedziałem o ostrym gośćcu stawowym, tyczy się *mutatis mutandis* i gośćca mięśniowego, jako to mianowicie wykazał Peltesohn w wyżej przytoczonej pracy. I przy tem cierpieniu bywa względnie często zajęte gardło (przypadki Haig Browna, Seiferta, Greena, Fowlera, Semona, Peltesohna, Fletcher Ingalsa, Beverley Robinsona, Maclagana, Thornera i innych), przyczem znamiennymi są bóle gośćcowe przedewszystkiem w mięśniach gardła, silne bóle przy połykaniu, obok małych stosunkowo zmian zapalnych, oraz karku i szyi (torticollis). Ciekawy przypadek przytacza z własnej praktyki Peltesohn: już dzieckiem będąc chory często zapadał na zapalenie migdałów, zawsze połączone z szyją skośną (torticollis). W wieku dojrzałym występowały często napady bólów gośćcowych w karku i kończynach (także stawowe), z częstemi ostremi zapaleniami gardła, przeważnie w okolicy fałdu trąbko-gardłowego (plica salpingo-pharyngea). Przypalanie gardła azotanem srebrowym *in substantia* usunęło na czas dłuższy te objawy. Ostatnimi czasy chory znowu zapadł na ostry gościec stawowy i mięśniowy, połączony z bólami przy połykaniu, czasami poprzedzającymi ogólne objawy gośćcowe.

(Dokończenie nastąpi).

II. Ze szpitala powszechnego w Żywcu.

Gastroenterostomia w następstwie otrucia kwasem siarkowym.

PODAŁ

Dr. Wiktor Idziński,

dyrektor szpitala.

Działanie trujące kwasu siarkowego polega głównie na silnem jego powinowactwie do wody. W zetknięciu z tkankami organicznemi odciąga on tkankom wodę, skutkiem czego ulegają one szybkiemu obumarciu, tem bardziej, że po odciągnięciu wody łączy się kwas z zasadami, zastępując w tych połączeniach inne kwasy słabsze. W końcu cała tkanka rozpływa się w kwasie siarkowym, a żadne utkanie w ustroju zwierzęcym, nawet kostne, nie jest w stanie oprzeć się temu potężnemu działaniu najsilniejszego kwasu.

Działanie to jest przeważnie miejscowe, a wyjątkowo może kwas siarkowy wywołać pośrednio zmiany nawet w odległych narządach, a to bądź drogą zwrotną, bądź też skutkiem zmiany chemizmu krwi. Siła jego działania zależy od ilości kwasu, od stopnia jego stężenia, od czasu działania i od stopnia napełnienia żołądka płynami.

Wobec tych czynników trudno oznaczyć z matematy-

czną ścisłością dawkę śmiertelną kwasu siarkowego, pomimo, że jest on tak gwałtowną trucizną. Doświadczenia na zwierzętach nie mogą nam służyć jako porównawcze kryteryum otrucia u człowieka; — a w bardzo rzadkich tylko przypadkach otrucia można stwierdzić dokładnie ilość zużytej trucizny i jej stężenie. Podobnie jak przy innych truciznach, znane są i tutaj przypadki, w których nadzwyczaj małe dawki spowodowały śmierć, i na odwrót — znaczna ilość i to stężonego kwasu nie spowodowała zgonu, zwłaszcza w tych razach, gdy żołądek był pełny, a pomoc szybka.

Wogóle jednak musimy uważać każde otrucie kwasem siarkowym za bardzo ciężkie i niepozwalające na dobre rokowanie. Jakkolwiek objawy otrucia można sobie już teoretycznie z łatwością wyobrazić, przecież przebieg kliniczny ulega tu rozmaitym odmianom, a obraz otrucia nie jest zawsze jedn... Indywidualność, a jeszcze więcej różne okoliczności uboczne, wpływają na rozmaitość tego obrazu. Wyjątkowo zmiany miejscowe są nieznaczne, natomiast spotyka się znaczne zadrażnienie układu nerwowego pod postacią n. p. szczękościsku, ogólnych kurczów i t. d., jako objawów, wywołanych na drodze zwrotnej przez zadrażnienie gałązek nerwów czuciowych. Przeważnie otrucie jest ostre, gwałtowne, t. j. wywołuje szybko śmierć, a czasami tylko przebiega przewlekle, łącząc się z objawami, będącymi raczej w związku nie tyle z samem otruciem, ile z następowemi zmianami.

Już pierwsza scena otrucia bywa rozmaita, co zależy od tego, czy otrucie nastąpiło w celach samobójczych, morderczych, czy też z przypadku. Samobójca pije zazwyczaj znaczną ilość i to najczęściej trucizny stężonej, połyka ją szybko bez względu na ból. Do morderstwa bywają spotrzebowane tylko małe ilości trucizny, gdyż natychmiastowy nadzwyczajny ból ostrzega już w pierwszej chwili ofiarę, spowodowuje wyplucie trucizny lub też wymioty. Wyjątek pod tym względem stanowi znowu wlanie trucizny w celach morderczych wśród spania do ust, lub też nawet do odbytnicy pod postacią lewatywy, jak i o tem literatura nas poucza. Przy gwałtownem wlaniu trucizny do ust może się ona dostać nietylko do przewodu pokarmowego, lecz i do krtani, oraz i dalszych dróg oddechowych. Otrucia z przypadku ulegają także rozmaitym odmianom, co zależy od tego, czy n. p. otruty napił się trucizny w stanie trzeźwym, lub też pijanym, czy pił truciznę powoli, tak n. p. jak się zwykle pije wodę, czy też gwałtownie, tak jak to pije się piwo, połykając gwałtownie i szybko nawet znaczne ilości trunku, bez zatrzymywania go w ustach.

Mówiąc o otruciu, wspominam tylko nawiasowo o tak modnem n. p. w Anglii oblewaniu witryolem twarzy znienawidzonej osoby, lub też wlewaniu kwasu siarkowego do uszu śpiącej osoby. Wypadki te mają być w Anglii tak częste, że parlament angielski uznał za stosowne napiętn... ten występek jako zbrodnię główną *(Capitalverbrechen* według Hasvelta), karaną wyjątkowo ciężko.

Od sposobu otrucia będzie zależeć przebieg i czy główne zmiany wystąpią przeważnie tylko na skórze, lub też w jamie ust, połyku, przełyku, żołądku, krtani, tchawicy, płucach, odbytnicy, lub też w innych narządach.

Śmierć może nastąpić gwałtownie skutkiem szybkiego przedziurawienia żołądka i następowego ostrego zapalenia otrzewnej; dalej skutkiem uduszenia spowodowanego nagłym obrzękiem błony śluzowej dróg oddechowych, lub też od wstrząsu.

W przebiegu łagodniejszym można czasem po kilku godzinach dotkliwych boleści uratować otrutego od śmierci, której sobie życzył, lub też może nie życzył. Pomimo jednak, że miną pierwsze gwałtowne objawy otrucia i kwas siarkowy zostaje albo usunięty, albo znacznie rozcieńczony, lub wreszcie zobojętniony zasadami, — nawet wówczas nie mija jeszcze niebezpieczeństwo, gdyż w tym czasie zaczyna się dopiero odczyn ustroju na wywołane kwasem siarkowym zmiany i tkanki spalone ulegają zapaleniu odczynowemu, zaczerwieniają się, brzękną, stają się bolesnemi i otruty nie jest w możności używać swych chorych narządów, nie może swobodnie połykać, trawić, oddechać i t. d. I w tym okresie odczynowym życie chorego jest w ciągłem niebezpieczeństwie i kończy się bardzo często w przeciągu pierwszych ośmiu dni śmiercią wśród różnych objawów i dotkliwych boleści. Jeżeli zaś otruty przetrwał i ten okres, następują ozdrowiny, ale bardzo powoli. Pojedyncze objawy chorobowe ustępują zwolna, utrudnienie połykania, boleści i wymioty trwają czasem nawet kilka tygodni. Z wydzielinami i kałem odchodzą oddzielające się masy zgorzelinowe, czasem bardzo cuchnące.

Wyss *(Archiv d. Heilkunde,* 1869), Trier *(Union medicale,* 1877, tom XIV), Laboulbène *(Schmidt's Jahrbücher,* 1852), opisują przypadki, że całe odlewy błony śluzowej przełyku lub żołądka odeszły dopiero po kilku tygodniach. — Rudolf Böhm opisuje w 15 tomie podręcznika szczegółowej patologii i terapii Ziemssena, że chorzy tacy mieli dłuższy czas uczucie, jakby tak zwanego *globus hystericus,* — jak gdyby jakaś kula poruszała się w przełyku ku górze i ku dołowi. — Mannskopf spostrzegał w kilku przypadkach silne nerwobóle międzyżebrowe i nerwów brzusznych, znaczną przeczulicę całego tułowia, — objawy prawdopodobnie zwrotne, — występujące w 8 do 22 dni po otruciu.

Zwolna zaczyna się i postępuje zabliźnianie ubytków, powstałych od spalenia kwasem siarkowym. Poprawę tę możemy spostrzegać wzrokiem na ustach i połyku. Okres zabliźniania trwa czasem kilka miesięcy, a życiu zagraża jeszcze ciągle niebezpieczeństwo, nowe i straszne niebezpieczeństwo śmierci głodowej. Powstają najczęściej rozmaite bliznowate przykurczenia w jamie ustnej, oraz takież zwężenia wzdłuż połyku, przełyku, wpustu i w samym żołądku. Naturalnem następstwem tych zwężeń jest upośledzenie połykania, odżywiania się, a więc zwolna postępuje i ogólne osłabienie z wycieńczenia sił, — a w końcu po wychudnieniu aż do kości następuje śmierć. Czasem zwężenia wytwarzają się tak powoli, że chorzy uważają się przez kilka miesięcy za zupełnie zdrowych, połykają nawet przez dłuższy czas twarde pokarmy i dobrze są odżywieni; — zwolna jednak obraz się pogarsza aż do powyżej wspomnianych objawów. Kazuistyka wykazuje jeszcze inne powikłania wywołane przez przeżarcie się kwasu siarkowego do sąsiednich narządów, n. p. przetoki między przełykiem a tchawicą, ropnie w różnych okolicach ciała, wywołane przerzutami wśród ropnicy, lub też porażenia i objawy niedomogi żołądka, odźwiernika, zdziergacza rzyci i t. d.

Taki jest w ogólnych zarysach obraz kliniczny otrucia kwasem siarkowym.

Niechcąc być zbyt rozwlekłym, nie opisuję zmian anatomopatologicznych, gdyż są one zbyt znane i bardzo szcze-

gółowo opisane w podręcznikach medycyny sądowej. Wspomniawszy ogólnie o zwykłym przebiegu klinicznym tego otrucia, chcę dorzucić cegiełkę z własnego spostrzegania jednego przypadku otrucia kwasem siarkowym, tem bardziej, że przebieg ten był niezwykły i co najważniejsza, że skończył się zupełnem wyleczeniem chorego. W dobie obecnej zdarzają się i u nas coraz częściej otrucia kwasem siarkowym, zwłaszcza w miejscowościach, gdzie zaczyna rozwijać się przemysł fabryczny. Kwas siarkowy ma w wielu gałęziach przemysłu liczne zastosowania, bywa używany pod postacią „oleju witryolowego“ do czyszczenia maszyn, więc dostęp do trucizny tej jest bardzo ułatwiony, a ponieważ jest ona bez zapachu i nie wydziela żadnych dymów, jak n. p. kwas azotowy, może stać się z łatwością przedmiotem częstych pomyłek w użyciu, lub też nawet służyć łatwiej niż inne trucizny — do samobójstwa, a nawet morderstwa.

Przypadek mój może być zajmujący nietylko dla lekarza sądowego, lecz i dla klinicysty i chirurga, a przedstawia się on jak następuje:

Dnia 14 sierpnia 1898 roku o godzinie $^1/_2$ 8-mej rano zawiadomiono mnie, że przywieziono do szpitala z sąsiedniej fabryki, odległej o 4 kilometry od szpitala, chorego, otrutego «witryolem». Pospieszyłem natychmiast do szpitala, gdzie zastałem już chorego w sali operacyjnej. Nie pytając się na razie o bliższe szczegóły otrucia, uchwyciłem pompę żołądkową Czyrniańskiego, połączyłem ją ze sterylizatorem na wodę Fritscha, wypełnionym 15 litrami wyjałowionego roztworu fizyologicznego soli kuchennej, do którego wsypałem kilka łyżek magnezyi, założyłem choremu cewnik żołądkowy i zacząłem przepłókiwać żołądek. W czasie tej czynności dowiedziałem się od osób, które przywiozły otrutego, następujących szczegółów:

Michał Pawlus, lat 16, robotnik fabryczny, był rano zatrudniony czyszczeniem maszyny pod dozorem maszynisty. Skoro maszynista opuścił na chwilkę lokal, w którym znajdowała się maszyna, spostrzegł robotnik ten obok stojącą flaszkę z piwa, a ponieważ nie jadł jeszcze śniadania (robotnicy przychodzą zwykle o godzinie 5-tej rano do roboty, a śniadają o 7-mej), a był głodny, myśląc, że we flaszcze znajdowało się piwo, łyknął dwa razy szybko i ukradkiem płyn, zawarty w flaszce; niebawem jednak uczuł znaczny ból w ustach i żołądku, odstawił więc flaszkę, splunął i chciał dalej pracować. Jednak ból stawał się tak gwałtowny, że wybiegł z fabryki, położył się na trawniku i zaczął głośno stękać. Nadbiegli robotnicy pytali się go o przyczynę tych użalań się. Chłopiec bał się z początku przyznać, że czegoś się napił z flaszki od piwa, skarżył się tylko na «kurcze żołądka»; dopiero po kilkunastu minutach, na wyraźne i powtórne zapytania, czy czego nie zjadł lub nie wypił i gdy ból stawał się nie do zniesienia, a chory był już blizki omdlenia, przyznał się wreszcie, że wypił coś z flaszki od piwa. Skoro przekonano się, że we flaszcze był kwas siarkowy, podano choremu dużo mleka i oliwy, odtrutki używane zwykle w podobnych wypadkach, które on jednak zaraz zwymiotował. Kazano zaprzęgać zaraz konie i przywieziono chorego do szpitala. Od chwili wypadku do mego przybycia do szpitala upłynęła godzina czasu. Ilość wypitego kwasu (dwa silne łyki) mogła wynosić około 50 gramów, a był to, o ile się później w fabryce dowiedziałem, 75 procentowy kwas siarkowy*). Po tych wywodach przypatrzyłem się bliżej choremu i znalazłem co następuje:

Chłopiec 16 letni, średnio odżywiony, słabo na swój wiek rozwinięty, siedzi na stołku podtrzymywany przez posługaczy, zupełnie apatyczny, jakby na pół nieprzytomny, czasem stęka z bólów, od czasu do czasu wymiotuje obok cewnika żołądkowego. Wymiociny przedstawiają się jako ciecz brunatno-zabarwiona, zawierająca strzępy brunatno czarne. Taki sam płyn przechodzi przy przepłókiwaniu żołądka do flaszki pompy żołądkowej, w powietrzu unosi się lekki zapach kwasu.

*) Dzięki uprzejmości chemika fabrycznego P. Emila Żaczka mogę dokładnie podać siłę kwasu, pozostałego we flaszce; wynosiła ona 60° Baumé. co się równa kwasowi siarkowemu o ciężarze gatunkowym 1 711 a o zawartości 68,8% bezwodnika kwasu siarkowego (SO^3), lub 78,1% kwasu siarkowego ($H^2 SO^4$).

Zapytany, czy go co nie boli, nie daje wśród apatyi żadnej odpowiedzi, a gdy stęka, wydaje głos głuchy i tępy. Gałki oczne zapadnięte, wzrok błędny, źrenice rozszerzone, skóra blada, zimna, pokryta zimnym potem, tętno przyspieszone, ale bardzo nikłe i łatwo ugniatalne, oddech ciężki. Błona śluzowa warg, języka i podniebienia przedstawia rozlane plamy szare, miejscami brunatno czarne.

Choremu przepłókano żołądek 15 litrową ilością wspomnianego płynu; płyn zwolna odchodził coraz jaśniejszy, zawierał coraz mniej mętów, a gdy w końcu był zupełnie wodojasny i nie oddziaływał już kwaśno, przestałem płókać żołądek i wyjąłem cewnik. Przypominam jeszcze raz, że chory podczas przepłókiwania żołądka wymiotował często obok cewnika, t. j. sam sobie tym sposobem przepłókiwał zarazem przełyk i jamę ustną.

Po przepłókaniu ułożono chorego do ciepłego łóżka, obłożono go ciepłemi kamionkami i polecono podawać mu dużo płynów, mianowicie wino, mleko, czarną kawę, oraz lód i magnezyę zmięszaną z wodą. Zwolna chory się rozgrzał, przestał tak często wymiotować i zaczęła mu wracać przytomność. Wymioty trwały jeszcze przez dwa dni, bywały czasami brudno zabarwione czarnymi strzępami, jednak po 2 dniach ustały prawie zupełnie, a stan ogólny chorego znacznie się poprawił. Skarżył się on tylko na znaczny ból wzdłuż górnej części przewodu pokarmowego, miał silne pragnienie, dostawał ustawicznie mleko podawane mu łyżkami. Zwolna i bóle przy połykaniu i w żołądku stawały się coraz mniejsze, chory mógł coraz więcej używać pokarmów, spalony przybłonek w jamie ustnej i w przełyku zaczął się zwolna oddzielać i odradzać, chory stawał się coraz silniejszy i siadał sam w łóżku. Od 8-ego dnia zaczęto systematycznie wprowadzać mu jak najgrubszy zgłębnik żołądkowy do przełyku, a to celem zapobieżenia możliwemu bliznowatemu zwężeniu przełyku. Wśród tego leczenia przebieg choroby był idealnie dobry. Chory w 2 tygodnie od wypadku mógł jeść jak najgrubsze pokarmy, dobrze się odżywiał; zaczęło mu się przykrzyć w szpitalu i domagał się wypuszczenia do domu.

Wreszcie chory wyszedł ze szpitala dnia 2-go września 1898 r., w 20-tym dniu od wypadku, w stanie zupełnie zadawalniającym.

Pomimo tego jednak, wypuszczając chorego ze szpitala, podyktowałem jako członek komisyi sądowo-lekarskiej do protokółu oględzin chorego zastrzeżenie się w orzeczeniu, że pomimo obecnie dobrego stanu, może jeszcze przyjść do zwężenia przełyku ze wszystkiemi smutnemi jego następstwami.

Przewidywania moje niestety sprawdziły się, lecz zwężenie nie nastąpiło w przełyku, ale zupełnie w innem, niespodziewanem miejscu.

Dnia 10 października 1898 r. przywieziono chorego znowu do szpitala z oświadczeniem, że od kilku tygodni stan jego znacznie się pogorszył, mianowicie, że może wprawdzie wszystko połykać, nawet najgrubsze pokarmy, jednak niestety cały pokarm zwraca w pół godziny po jedzeniu; skutkiem czego jest bardzo osłabiony i jakby umierający. I rzeczywiście stan chorego przedstawiał się wówczas bardzo rozpaczliwie. Niemogłem go poznać, tak znacznie wychudł. Skóra na twarzy pofałdowała się, gałki oczne zupełnie zapadły, na ciele ani śladu tłuszczu, powłoki zewnętrzne suche, łuszczące się, niektóre części kośćca przebijają przez skórę, tętno nikłe, chory nie może ani się ruszać, ani mówić z osłabienia, ani nawet leżeć, bo go kości gniotą, pragnie tylko umrzeć. Szczegółowe badanie wykazuje, że płuca, serce i nerki są zdrowe; brzuch w górnej swej połowie wydęty, natomiast w dolnej — zupełnie zapadnięty tak, że kości miednicowe wysterczają znacznie ponad powłoki brzuszne. Przy opukiwaniu brzucha stwierdzić można stłumienie, odpowiadające wypełnionemu pokarmami żołądkowi, a sięga ono poniżej pępka. Stolec pokazuje się raz na tydzień i to w nader skąpej ilości; wszelkie pokarmy, podawane choremu na próbę, zostają w krótkim czasie zwracane.

(Dokończenie nastąpi).

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Kilka uwag nad skazą moczanową *(diathesis uratica)*.

Podał

Dr. Wincenty Tyszkiewicz w Zakopanem.

Badania naukowe czasów ostatnich przedstawiły we właściwem świetle błędność zapatrywań na tak zw. „dzie-

dziczność“ chorób. Dość przytoczyć dawniejsze poglądy na dziedziczność gruźlicy, chorób sercowych, nerkowych i t. p., kiedy to mniemano, iż dziecko przychodzi na świat z zarodkiem nieuleczalnego cierpienia, które prędzej czy później musi się rozwinąć i człowieka, niem dotkniętego, fatalnie zbliżyć do kresu jego życia.

Dzięki najnowszym postępom nauki zmniejszyła się liczba tych rzekomo dziedzicznych chorób, zupełnie jednak nie znikła wcale: owszem, prawdziwie dziedziczne choroby i ich przyczyny stanęły dopiero teraz na pewnych podstawach; to co dawniej przyjmowano za istotną chorobę, dziś często uważa się za jeden z licznych objawów tego cierpienia właściwego, które z pokolenia na pokolenie, z rodziców na dzieci, wreszcie z jednej rodziny na drugą przenosi *hereditarium virum morbi et mortis*. Najwięcej godnymi uwagi są w tym względzie choroby umysłowe, wraz z nerwowemi, dalej ustrojowe i zboczenia w przemianie materyi.

Wśród tych ostatnich znajduje się kilkoro, odznaczających się pewnem patologicznem do siebie powinowactwem, polegającem na tem, iż choroby te występują naprzemian wśród członków tej samej rodziny nawet w kilku po sobie następujących pokoleniach; do tych należą: otyłość, cukrzyca i skaza moczanowa. Zastanówmy się teraz pokrótce nad przyczynami, wywołującemi choroby: kiła przebyta kiedyś w przeszłości, zapoznawanie zasad higieniczno-dyetetycznych, rozumiane w ogólnem tego słowa znaczeniu, nieumiarkowanie w jedzeniu i w piciu poprzedzających pokoleń, stworzyły dla całego szeregu po nich następujących tło chorobowe, z którem nauka nasza rozpaczliwą, a nieraz nawet i daremną walkę toczyć musi; walkę tę z następstwami przeciwhigienicznych wykroczeń człowieka ułatwia, a do pewnego stopnia i rozstrzyga, wczesne i dokładne rozpoznanie danego cierpienia. Na tem polu okazuje nauka nasza niestety znaczne luki. I nic dziwnego: trudną nieraz rzeczą jest odgadnąć właściwą istotę choroby, której poszczególne objawy zamaskowują główne tło chorobowe, jak np. wady serca, lub cierpienia nerek w skazie moczanowej; niełatwem wcale zbadać i wykryć nieprawidłowe czynności zbiorowego działania miliardów komórek, składających ustrój nasz; niemniej niełatwem jest rozpatrzeć się w różnorodnych i zawiłych połączeniach chemicznych, których ustrój ludzki drogą wydzielin pozbywa się, albo które, z powodu zmniejszonej odporności i osłabienia siły przyswajającej ze szkodą dla siebie niepowrotnie traci, lub też wreszcie sam się zatruwa nimi, z powodu niemożności ich wydalenia.

Mimo tych ujemnych stron badania klinicznego i chemicznego, mogą nam one w niejednym przypadku oddać znakomite usługi, przez wczesne wyjaśnienie istoty chorobowej. Niżej podane przypadki rzucają do pewnego stopnia nowe światło na możność wczesnego rozpoznania cierpienia, które nosi nazwę „skazy moczanowej“.

W roku 1897 zgłosiła się do mnie pani B. J., lat 44 licząca, skarżąc się na przypadłości nerwowe, jakoto: zawroty i kilkoletni ból głowy, ogólne osłabienie, zaparcie stolca, nieokreślone bóle w nogach i opuchanie palców stóp, które do odmrożenia chora odnosiła. Jeden z kolegów lwowskich już przed pięciu laty podejrzywał istnienie skazy moczanowej i zalecił odpowiednie higieniczno-dyetetyczne i lecznicze przepisy, które chora, w razie »mętnienia moczu« i wzmagających się wyżej opisanych dolegliwości, sama bez porady lekarskiej w latach następnych na sobie stosowała. Uporczywe zaparcia stolca i wzmagające się objawy nerwowe zniewoliły ją do szukania u mnie porady lekarskiej.

Dokładne wywiady, odnoszące się do chorej i jej rodziny, pouczyły mnie, iż gościec, otyłość i nerwowe usposobienie odgrywały wybitną rolę. Skłonność do otyłości i do objawów gośćcowych przypisywała chora forsownemu żywieniu się w Davos i innych miejscowościach w Szwajcaryi, gdzie z powodu cierpienia gruźliczego spędziła z najlepszym wynikiem siedem prawie lat swej młodości. Badanie wewnętrzne wykazało: stwardnienie szczytu płuca prawego na niewielkiej przestrzeni, mierne powiększenie wątroby i niedowład kiszek, na obu udach i podudziach twarde, dość gęsto rozsiane guzki, przy dotyku tkliwe, w pewnych zaś okresach, a mianowicie w czasie »mętnienia moczu«, samoistnie bolesne. Na falangach czwartego palca obu nóg stwierdziłem nieznaczne zaczerwienienie, obrzmienie i boleśność skóry i zgrubienie okostnej, na palcu zaś lewym nieznaczną wybujałość kostną, przy zmianie powietrza na niepogodę, bardzo bolesną. Rozbiór moczu wykazał: zmętnienie, silną kwasotę, c. g. = 1·029, osad ceglasty: ze względu na nieobecność białka nie nastawiłem niestety przyrządu Essbacha. Pod drobnowidem stwierdziłem wielką ilość kryształków kwasu moczowego, w miernym stopniu szczawian wapniowy, moczan sodowy, przybłonki, gdzieniegdzie zaś ciałko ropne.

Znaczącymi objawami były tutaj: 1) wybitna kwasota, 2) wysoki c. g. = 1·029, 3) guzki moczanowe na kończynach, 4) zgrubienia okostnej na palcach nóg, 5) wielka ilość kwasu moczowego. Godnem uwagi zdaje się być spostrzezenie w kilkunastu dawniej przezemnie obserwowanych przypadkach, iż kryształki kwasu moczowego strącają się samodzielnie przeważnie u ludzi powyżej 40 roku życia; w młodszym wieku raz tylko jedyny udało mi się zauważyć wolny kwas moczowy u osoby 30-letniej, który, łącząc się z dłużej trwającym białkomoczem, wraz z nim po 4-ech tygodniach odpowiedniego leczenia ustąpił. Na tem miejscu wspomnę także pokrótce o nieregularnem występowaniu kwasu moczowego pod względem ilościowym u tego samego chorego w różnym czasie — analogicznie z wydzielaniem cukru przy cukrzycy; okoliczność ta nakazuje zapatrywać się sceptycznie na jednorazową, choćby nawet najściślejszą analizę moczu.

W czasie mego pobytu w klinice Neussera w r. 1895 i 1896 zauważyłem kilkakrotnie na dnie probówki Essbacha osad ceglasty, strącony bądź sam, bądź też równocześnie z białkiem, w kształcie podobnym do kostek sześciennych. O ile wiem, nie było wówczas, w tej przynajmniej literaturze, którą z tego właśnie powodu przeglądałem, żadnej wzmianki o badaniu lub zastanawianiu się nad powyższym osadem. Opis następującego przypadku usprawiedliwi zupełnie pobudkę, która mnie popchnęła do napisania niniejszych i dalszych uwag nad skazą moczanową.

Dnia 19 sierpnia 1898 r. wezwany zostałem do 27 lat liczącego, a od 4-ech lat żonatego, Wacława St.; już wywiady dały mi do poznania, iż cierpienie tego chorego wymagać będzie bardzo drobiazgowego badania; nawiasem mówiąc, wezwany zostałem z powodu bólu gardła, dreszczów i lekkiej gorączki (38° Cels.), która już po 24 godzinach zupełnie ustąpiła (angina catarrhalis).

Chory ten po ojcu i po matce pochodził z rodziny nerwowej; po matce zaś z rodziny skłonnej do otyłości; dziadek i ojciec umarli z chorób sercowych; matka i 19-letnia siostra pacyenta, są »nerwowe« i do tuszy usposobione. Z wyjątkiem odry, zapadał on często tylko na nieżyty gardła; od kilku lat cierpi na opuchanie palców u rąk, mniej u nóg, uważane dotychczas za gościec i rwę. Badanie kliniczne wykazało prócz powyżej opisanych objawów ostrego nieżytu gardła zwężenie i niedomykalność zastawki dwudzielnej, o której istnieniu chory dopiero obecnie się dowiedział; nie mogąc jej powstania, ze względu na brak potemu podstaw, odnieść do cierpienia gośćcowego, zacząłem wypytywać i badać pacyenta w kierunku cierpień ustrojowych; znalazłem na obu udach kilka małych, przy dotyku bolesnych guzków w tych miejscach, w których gruczoły nie zwykły się znajdować; na kilku palcach u obu rąk, obrzmienie i zaczerwienienie skóry, zgrubienie okostnej i ból przy dotyku; zaznaczam, iż stawy między poszczególnemi kośćmi palców z wyjątkiem może jednego nie były zajęte, co sprzeciwia się istnieniu gośćca, atakującego w pierwszym rzędzie połączenia stawowe. Dowiadując się między innymi o zachowanie się moczu, usłyszałem, iż ten bywa mętny i że chory bywa zniewolony niekiedy częściej niż zwykle go oddawać, przyczem doznaje pieczenia w cewce.

Badanie moczu, dokonane w kilka dni po wyzdrowieniu pacyenta, dało wynik bardzo ciekawy: mocz okazał się mętnym, o c. g. = 1·035! a jeszcze po siedemdziesięciu dwóch godzinach stania na wolnem powietrzu, oddziaływał silnie kwaśno; białka i cukru nie zawierał; osad, otrzymany przez centryfugowanie, zawierał różnego rodzaju przybłonki, przeważnie pochodzące z pęcherza i sporą ilość ciałek ropnych: gonokoków Neisserowskich, oraz kryształków kwasu moczowego — nie było. Znaczna ilość ciałek ropnych w osadzie z centry-

fugi nasunęła mi myśl zastosowania przyrządu Essbacha, mimo, iż białka kilku zwykłymi próbami w moczu przesączonym wykryć się nie dało; natomiast zamiast białka znalazłem na dnie probówki Essbacha sporą ilość osadu ceglastego, który się wykrystalizował w kształcie gwiazdek, ułożonych z drobnych bryłek. Przyszły mi zaraz na myśl podobne spostrzeżenia w klinice Neussera, gdzie osadowi temu wówczas żadnego nie przypisywano jeszcze znaczenia: zasiągnąwszy zdania kilku, bawiących tutaj w czasie sezonu, doświadczonych klinicystów i doznawszy zachęty do bliższego zbadania tej sprawy, postanowiłem osad ten poddać przystępnemu mi badaniu chemicznemu, którego wyniki były następujące:

Strąt ten rozpuszcza się bardzo szybko w ciepłej, wolniej w zimnej wodzie, nadając jej żółte zabarwienie, pochodzące od kwasu pikrynowego; alkohol i chloroform zachowują się wobec tego strątu obojętnie; za dodaniem eteru zbija się on w bryłki, złączone jakąś istotą lepką, osadzającą się na ścianach miseczki w postaci tłustych kropelek. Wodny roztwór strątu nie zmienia się ani pod wpływem HNO_3, ani NH_3, ani też chloroformu. Zupełnie odmiennem jest oddziaływanie strątu na alkalia; pod wpływem NaHO przyjmuje on w pierwszej chwili zabarwienie ceglasto-różowe; następnie się odbarwia i rozpuszcza, a roztwór ten przybiera barwę ciemno-pomarańczową; nie zmienia się on pod wpływem kwasu octowego zgęszczonego, karbolowego i formaliny: H_2SO_4 odbarwia i wyjaśnia go zupełnie: to samo dzieje się po dodaniu HNO_3, po dodaniu zaś NH_3 do ostatniego połączenia występuje nieznaczny wybuch i dymienie, roztwór zaś przybiera słomiasto-żółte zabarwienie.

Roztwór, otrzymany pod wpływem NaHO, zabarwił się po odparowaniu na brudno-ceglasto i zaczął wykrystalizowywać grube, makroskopowo do 1 ctm. długości dochodzące igły: po zupełnem wyschnięciu cieczy przybrał osad ten barwę słabo czekoladową, o powierzchni szklistej i składał się z drobnych, szklistych, nieregularnych bryłek.

Strąt pierwotny, otrzymany pod wpływem odcz. Essbacha przedstawiał się pod drobnowidem (Reichert VIII/4) w postaci a) żółtych, nieregularnych, przeświecających bryłek; b) z przeźroczystych, długością do średnicy dwóch ciałek czerwonych dochodzących igiełek; c) z drobnych, dość regularnych, wydłużonych pryzmatów, pochodzących prawdopodobnie z rozpadu pod b) opisanych igieł. Na tych badaniach musiałem, dla braku odpowiednio urządzonej pracowni, poprzestać.

Przystępuję obecnie do rozpatrzenia się i do zastanowienia nad ostatnim, wyżej opisanym przypadkiem, który uwzględniając wynik badania klinicznego i chemicznego, za przypadek skazy moczanowej — zdaje mi się — uważać można.

Wywiady, tyczące się pacyenta i jego rodziny wykazują, iż przypuszczenie tu tła dziedzicznego jest uzasadnione. Nerwowość, tak często w związku z chorobami przemiany materyi powstająca, otyłość matki i skłonność do niej u siostry, wreszcie śmierć ojca i dziadka pacyenta, spowodowane przez chorobę sercową, skłaniają do przyjęcia wspólnej dla tych objawów chorobowych przyczyny, t. j. nieprawidłowej przemiany materyi, przechodzącej niejako w spadku z pokolenia na pokolenie: wywiady, dotyczące samego pacyenta przekonują nas, iż cierpienie jego powoli, od szeregu lat się rozwijało, przyśpieszonem zaś zostało nadużywaniem wyskoku i życiem hulaszczem, które pacyent rozpoczął w wieku względnie młodym.

Badanie kliniczne wykazało: a) charakterystyczne obrzmienia falang u palców rąk, a jak opiewają wywiady i nóg; b) charakterystyczne guzki na dolnych kończynach (tophi uratici); c) zadrażnienie pęcherza przez bardzo kwaśny mocz, częsty objaw skazy moczanowej, cechujące się koniecznością częstego moczenia i obecnością ciałek ropnych, a niedające się odnieść do rzeżączki, wykluczonej przez wywiady i badanie drobnowidowe; d) wada zastawki dwudzielnej, często występująca przy skazie moczanowej; e) dziedziczna „nerwowość", bardzo wybitna; f) wreszcie stan moczu: ciemna wysycona jego barwa, niedająca się w żaden sposób odnieść do sprawy gorączkowej, trwającej zaledwie 24 godzin, zwłaszcza, iż mocz dopiero w trzy dni po ustaniu gorączki otrzymałem; wysoki, 1·035 wynoszący, ciężar gatunkowy, wreszcie bardzo wybitna, przez 8 dni utrzymująca się kwasota moczu, niedająca się innym jakimś czynnikiem wytłómaczyć, zniewoliły mnie do postawienia rozpoznania „skazy moczanowej".

Osad, wywołany odczynnikiem Essbacha, jest, o ile mnie pamięć nie myli, a przejrzenie dostępnej mi literatury na to twierdzenie pozwala, składnikiem, któremu dotąd nikt bliższej uwagi nie poświęcił. Obecność jego w moczu może być — jak to ostatni opisany przypadek chorobowy wykazuje — nieobojętnym i łatwym do wykonania czynnikiem rozpoznawczym we wczesnych okresach skazy moczanowej, zanim ta, w początkach swych niełatwa do rozpoznania, choroba się rozwinie i poszczególne narządy ustroju ludzkiego kolejno pozajmuje. Ma się rozumieć, iż nie ośmielam się stawiać żadnych pewników i wyciągać wniosków z luźnych spostrzeżeń, które właściwie na jednym tylko dość ściśle spostrzeganym przypadku oprzećby się mogły. Uważam jednak za stósowne podać te skąpe spostrzeżenia do wiadomości ogółu, a to w tym celu, aby tak poważni przedstawiciele nauki, jak i lekarze praktyczni mogli dalej od moich idące spostrzeżenia i badania poczynić, a względnie me błędne zapatrywania sprostować.

IV. Oceny i sprawozdania.

Penzoldt i Stintzing. **Handbuch der Therapie innerer Krankheiten.** *Wydanie II Jena 1898. Nakład G. Fischera.* Zeszyt 18, 19 i 20.

Z ukazaniem się trzech leżących przed nami zeszytów ukończonem zostało wydawnictwo wybornego siedmiotomowego podręcznika. Trzy te zeszyty zawierają dokończenie tomu 5 i cały tom 6, poświęcone leczeniu chorób nerwowych i umysłowych. (Tom 7 wyszedł już wcześniej). Znajdujemy tu rozdziały pióra prof. Edingera (Choroby nerwów obwodowych), prof Stintzinga (Choroby rdzenia) i prof. Schedego (Chirurgia rdzenia i nerwów obwodowych). Leczenie chorób umysłowych opracowali prof. Emminghaus i prof. Ziehen; w dodatku znajdują się praca prof. Bürknera o chorobie Ménièrea i o chorobach ucha w przebiegu chorób nerwowych i umysłowych. W końcu w dziale, poświęconym leczeniu chorób narządów ruchu, spotykamy nazwiska: prof. Heinekego (ortopedya), dr. Ramdohra (gimnastyka lecznicza i miesienie), prof. Lenhartza (sprawy gośćcowe i t. p.), prof. Hagenbach-Burckhardta (krzywica), prof. Winckla (rozmiękczenie kości). O sposobie, w jaki całe dzieło zostało ułożone i opracowane, wspominaliśmy niejednokrotnie w sprawozdaniach z poprzednich zeszytów; niema więc potrzeby ponownie wyliczać licznych zalet dzieła. Nakładca nie szczędził starań, aby bogatej treści dać przyzwoitą szatę, wyraźny druk, dobry papier i starannie wykonane ryciny. Cena dzieła, wynosząca w przedpłacie około 105 marek, obecnie została miernie podwyższona. *Z.*

V. Wyciągi.

Edmund Kowalski (Lwów): **Badania nad zachowaniem się ciepłoty i krążenia krwi w narządach jamy brzusznej pod wpływem okładów.** *(Blätter für klin. Hydrotherapie*, Nr. 5, 6, 7, 8. 1898, oraz *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.* 1898). Zachowanie się ciepłoty w narządach wewnętrznych pod wpływem okładów, stósowanych na powłoki zewnętrzne ciała, było dotychczas przedmiotem dość licznych badań; sprzeczne jednak ich wyniki (Silex), jak i sposób zapatrywania się, względnie tłómaczenia, zależności ciepłoty od krążenia krwi, a raczej od pojemności naczyń, dały pochop autorowi do przeprowadzenia

w tym kierunku szeregu doświadczeń częścią na królikach, częścią na psach.

Z doświadczeń tych, idąc za myślą, jaką kierował się autor, widzimy w pierwszym rzędzie, że ciepłota w jamie brzusznej pod okładami zimnymi, przy zachowaniu prawidłowych stosunków krążenia, pozostaje w pierwszej chwili (2—4 minuty) bez zmiany, poczem dopiero stale opada; pod okładami gorącymi w pierwszej chwili (1 minuta) nieco opada, następnie przez 3—4 minut pozostaje na tym samym stopniu, poczem w dalszym ciągu stale podnosi się; przy wykluczeniu krążenia w jamie brzusznej (przecięcie nerwu trzewiowego, przecięcie rdzenia pacierzowego na wysokości ostatnich kręgów piersiowych, porażenie ośrodków naczynioruchowych) ciepłota pod okładami zimnymi zaraz od początku stale opada, pod gorącymi zaś stale podnosi się, nadto tak obniżanie się ciepłoty pod pierwszymi, jak podnoszenie się pod drugimi, jest znaczniejsze, niż w doświadczeniach przy prawidłowem krążeniu. Z zestawienia powyższych wyników widać, że między zachowaniem się ciepłoty w doświadczeniach pierwszej, a drugiej kategoryi zachodzi różnica tak jakościowa, jak ilościowa, bo po wykluczeniu krążenia trzewnego raz niema wahań wstępnych, powtóre jest znaczniejszy wpływ bodźca termicznego, czyli znaczniejsze obniżenie się, względnie podniesienie ciepłoty.

Wobec tego celem dalszych doświadczeń było wykazanie przyczyny powyższych objawów; a ponieważ różnice wspomniane występowały zawsze po wykluczeniu krążenia, przeto badał autor najpierw zachowanie się ciepłoty zależnie od samego krążenia, bez stosowania okładów, t. j. zależnie od przekrwienia, względnie od niedokrewności i pokazało się, że sprowadzanie przekrwienia w jamie brzusznej (drażnienie nerwu *depressor)* wywołuje obniżanie się ciepłoty, sprowadzanie zaś niedokrewności (ucisk na aortę, drażnienie nerwu trzewiowego) podwyższanie się jej; następnie badał, czy okłady wywierają wpływ i jaki na krążenie w jamie brzusznej, a na podstawie zmian w ogólnem ciśnieniu krwi i na podstawie czasu występowania i trwania ich, otrzymał odpowiedź, że naczynia krwionośne trzewiów pod okładami zimnymi się zwężają, pod gorącymi zaś rozszerzają; wreszcie badał zachowanie się warstwowe ciepłoty pod okładami i pokazało się, że tak obniżanie się jej pod okładami zimnymi, jak i podnoszenie pod gorącymi zależy od grubości warstwy tkanin i od oddalenia okładu, czyli że okłady zimne oziębiają, okłady gorące ogrzewają tkaniny i to wedle prawa o przewodnictwie ciepła.

Na podstawie tych danych przyszedł autor do następujących wniosków: Okłady stósownie do swej ciepłoty ogrzewają, względnie oziębiają, narządy wewnętrzne drogą przewodnictwa, prócz tego zmieniają w nich stosunki krążenia i to okłady gorące naczynia krwionośne rozszerzają, zimne zwężają; krążenie zaś, jako takie, wpływa na bieg ciepłoty w ten sposób, że przekrwienie ją obniża, niedokrewność podwyższa, zachowanie się zatem ciepłoty w narządach wewnętrznych pod wpływem okładów zależeć będzie, prócz innych czynników, głównie od dwóch, t. j. od działania okładu drogą przewodnictwa i od działania drogą odruchowych zmian w krążeniu; czynniki zaś te są co do działania wręcz przeciwne: okłady gorące drogą przewodnictwa ciepłotę podnoszą, przez równoczesne zaś rozszerzenie naczyń obniżają; przeciwnie, okłady zimne drogą przewodnictwa obniżają, przez zwężenie naczyń podwyższają, ciepłota zatem każdorazowa narządów wewnętrznych będzie ilością wypadkową, zależną od nasilenia pojedynczych tych czynników i odpowiadającą działaniu czynnika, mającego w danej chwili przewagę.

Jako ilustracyę powyższych wywodów przytacza autor następujące doświadczenia, że, ile razy po znaczniejszem już obniżeniu się ciepłoty pod okładem zimnym przy zatrzymaniu nadal jego, czyli przy wpływie bezustannym tej samej podniety termicznej, sprowadzał w jamie brzusznej przekrwienie, ciepłota opadała szybko, ile razy zaś — niedokrewność, ciepłota nagle podnosiła się; przeciwnie: ile razy po podwyższaniu się ciepłoty pod okładem gorącym i przy zatrzymaniu jego, czyli przy wpływie dalszym tej samej podniety termicznej, wywoływał w jamie brzusznej niedokrewność, ciepłota podnosiła się szybko, ile razy — przekrwienie, nagle opadała.

Na podstawie więc tej, że ciepłota każdorazowa jest ilością wypadkową zależną od czynnika, który w danej chwili ma przewagę, tłómaczy autor możebność wyników, jakie otrzymał Silex, odmiennych od tych, jakie wykazywali dotychczas inni badacze. *Dr. W. Jasiński.*

Stróżewski Konstanty: **O leczeniu mechanicznem bezwładu połowiczego (hemiplegia)** (*Gazeta Lekarska* 1898). Podług nowszych spostrzeżeń bezwład połowiczy nie poraża poosobnych mięśni, ale całe mechanizmy mięśniowe, t. j. gromady mięśniowe, przedstawiające pewną jedność pod względem czynności fizyologicznej. W poszczególnych przypadkach stopień osłabienia mięśni bywa najróżnorodniejszy, w każdym więc stwierdzić należy, jakie mechanizmy mięśniowe pozostały nieupośledzone, jakie osłabły, a jakie uległy zupełnemu porażeniu.

Leczenie przedewszystkiem powinno być przyczynowe, więc w kile leczenie swoiste, w miażdżycy odpowiednie itp. Po za tem wielkie znaczenie ma leczenie mechaniczne, do którego im wcześniej przystąpimy, (o ile niema przeciwwskazań ze strony mózgu lub serca), tem lepsze będą wyniki. Zawroty głowy, jakich doznają niektórzy chorzy w początkach, kiedy zaczynają wstawać i chodzić, nie stanowią przeciwwskazania do stósowania leczenia mechanicznego, bo zdarzają się tak w parę tygodni, jak i w parę miesięcy po udarze. Przedewszystkiem nie należy doprowadzić do powstania przykurczeń, bo wyniki nie mogą być wówczas pomyślne.

Leczenie mechaniczne zasadza się na wykonywaniu pewnych ruchów, a stósować je należy prawie wyłącznie do mięśni, które zachowały swą sprawność. Ćwiczenia mechaniczne dzielą się na bierne, czynne i z oporami. Zacząć należy od mięsienia z ruchami biernymi; jak tylko chory jest w stanie wykonać ruchy czynne, wciągnąć i te w zakres terapii mechanicznej, obok mięsienia i ruchów biernych, a zacząć niedługo też ruchy z oporami. A więc wszystkie możliwe ruchy we wszystkich stawach: zginanie, prostowanie, wywracanie, nawracanie itp. W odniesieniu do kończyny dolnej ważną jest rzeczą nauczyć chorego prawidłowo stać i chodzić, oczywiście pomału, z rozmysłem, pomagając początkowo, a zawsze unikając zmęczenia, to jest tak, jak w racyonalnej gimnastyce. Oczywiście oprócz tego nie zaniedbywać innych czynników leczniczych, jak elektryczności, kąpieli, które wspomagają leczenie mechaniczne. Ponieważ chorzy porażeni ulegają zazwyczaj przygnębieniu i niechętnie chcą robić jakiekolwiek wysiłki, zadaniem lekarza będzie pobudzić ich energię duchową i żywo zachęcać do ćwiczeń, tembardziej, że wyniki tego sposobu leczniczego są nadzwyczaj pomyślne (w nadających się przypadkach).

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Sevestre: **Rokowanie i leczenie dławca w epoce obecnej**. (*Bulletin Médical*, Nr. 84, 1898) Między chorobami, do opanowania których odkrycia naukowe lat ostatnich najbardziej się przyczyniły, pierwszorzędne miejsce zajmuje błonica, a zwłaszcza jej postać krtaniowa, dławiec. Oczywiście dławiec zawsze pozostaje ciężką chorobą, ale nie jest on obecnie tak fatalnie prawie śmiertelnym, jak był do niedawna jeszcze. Najlepiej o tem przekonać nas mogą liczby. Statystyka Rogera i Séego za lata 1826—1858 obejmuje 10,271 przypadków dławca, z których było tylko 2,107 wyleczeń, a 8,614 śmierci, t. j. 80%,34. Druga statystyka Archambaulta, za lata 1866—1878, podaje 4,241 chorych: z tych 1011 wyzdrowiało, a 3230 zmarło, czyli 76%,16. To zmniejszenie się śmiertelności, zdaniem Archam-

baulta, przypisać należy rozpowszechnieniu się zabiegów operacyjnych. Dopiero jednak od r. 1894, t. j. od czasu wprowadzenia w użycie surowicy, śmiertelność spada ogromnie. Autor prowadzi od 1-go stycznia 1885 r. oddział błoniczy w szpitalu „des Enfants Malades" w Paryżu. Od tej daty do końca roku 1897, t. j. w przeciągu lat 3-ch, leczył on w swym oddziale 1137 przypadków dławca. Z tych umarło ogółem 274, t. j. 24%,09. Jeżeli wszakże odrzucić te przypadki, gdzie dzieci umierały zaraz po przyjęciu do szpitala, lub w kilka godzin później, tak iż leczenie albo nie mogło być stósowanem, albo nie mogło już wywrzeć działania, to w takim razie przypadków śmierci było tylko 136, czyli 13%,78. Dzięki przeto stósowaniu surowicy prognoza dławca jest dziś bez porównania lepszą. Interwencya operacyjna rzadko jest konieczną. Zastrzykiwania surowicy należy czynić o ile możności najwcześniej, oraz w dostatecznej ilości. Koniecznem jest, by jej działanie było szybkiem i silnem. Zwykła doza dla dzieci powyżej lat 2-ch jest 20 ctm. sz., w przypadkach zaś silnych powtórzoną być winna tegoż dnia lub nazajutrz. Dla dzieci poniżej lat 2-ch wystarcza 10 ctm. sz., ale nawet i w tych razach często dobrze jest zastrzyknąć 20 ctm. sz. Najmłodsze dziecko, jakie leczył autor, miało 5 tygodni zaledwie i wyzdrowiało po dwukrotnem zastrzyknięciu 5 ctm. sz. Po za tem należy chore dziecko umieścić w jaknajlepszych warunkach higienicznych, należycie je odżywiać, i co bardzo jest ważnem, uważać, by powietrze, którem dziecko oddycha, było dostatecznie nasycone parą wodną. Zimne obwijania tułowia działają często uspokajająco na kurcz krtani. W niektórych przypadkach, gdy duszność bardzo jest silną, niepodobna jest obejść się bez interwencyi operacyjnej. Autor w takich razach ucieka się do intubacyi krtani, której daje pierwszeństwo przed nacięciem tchawicy. Intubacya jednak przedstawia tę niedogodność, iż przez cały czas znajdowania się tubusa w krtani wymaga ciągłej obecności lekarza. Gdy to jest niemożliwem, lepiej jest wówczas naciąć tchawicę. Prócz tego w 4 następujących przypadkach rozcięcie tchawicy jest niezbędnie wskazanem: 1) gdy tubus bywa wykrztuszanym często i wielokrotnie; 2) gdy również często raz po raz tubus zatykanym zostaje przez błony rzekome; 3) gdy napady kurczu następowego nie pozwalają wyciągnąć tubusa bez narażenia dziecka na zaduszenie; wreszcie 4) u dzieci cierpiących na odrę z błonicą lub bez niej, a u których intubacya była konieczną z powodu zajęcia krtani. W tym ostatnim przypadku można zostawić tubus w krtani najwyżej 4—5 dni. Jeżeli choroba w tym czasie nie mija, to należy uciec się do rozcięcia tchawicy, z powodu bowiem osobniczej drażliwości błony śluzowej krtani, tubusa dłużej zostawiać nie można.

W Kania.

Dr. Goldberg: **O udzielaniu się swoistego działania na bakterye (bakteryobójczości) zwierzętom zdrowym za pośrednictwem surowicy zwierząt uodpornionych.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* Nr. 37, 38, 39, 1898). Wobec sprzecznych w nauce poglądów na możność udzielania się zwierzętom zdrowym swoistych własności bakteryobójczych za pośrednictwem surowicy zwierząt uodpornionych przeciw pewnego rodzaju drobnoustrojom i wobec ważności tej sprawy zarówno dla nauki jak i dla celów praktycznych, autor przedsięwziął szereg doświadczeń z mętwikiem (vibrio) Miecznikowa, który, jak wiadomo, wywołuje u morskich świnek i gołębi typową t. zw. posocznicę mętwikową. Do doświadczeń swoich używał autor świnek morskich, których surowica po uodpornieniu nabywa silnych własności bakteryobójczych dla tego drobnoustroju, podczas gdy surowica zdrowych świnek własności tych nie posiada. Na zasadzie tych badań doszedł autor do następujących wniosków: 1) za pośrednictwem surowicy świnek uodpornionych przeciw posocznicy mętwikowej można u świnek zdrowych otrzymać surowicę bakteryobójczą względem mętwika Miecznikowa. 2) Ta bakteryobójczość surowicy występuje po upływie doby od zastrzyknięcia surowicy zwierząt uodpornionych. 3) Jest wielkie prawdopodobieństwo, że bakteryobójczość ta nie jest czysto bierną, lecz że ustrój przyjmuje czynny udział w wytwarzaniu bakteryobójczych własności. 4) Choć własności bakteryobójcze krwi mają wielkie znaczenie dla wyjaśnienia odporności ustroju, to jednak nauki o odporności nie podobna opierać wyłącznie na tych własnościach. 5) W walce z bakteryami septycznemi własności bakteryobójcze krwi (wzgl. surowicy) odgrywają ważną rolę. 6) Dodatni wynik leczniczy przy stósowaniu surowicy w chorobach posoczniczych według wszelkiego prawdopodobieństwa należy w znacznym stopniu przypisywać bakteryobójczym własnościom surowicy zwierząt leczonych tą metodą. *Dr. Gliński.*

Buschke: **Zakażenie drożdżami u ludzi i zwierząt.** (*Volkm. Samml. klin. Vortr. N. F.* Nr. 218). B. spostrzegał wspólnie z Bussem następujący przypadek: U 31-letniej kobiety rozwinął się guz na twarzy i karku, a wkrótce potem i na lewem podudziu. Miazga, uzyskana z powierzchni przekroju naciętych guzów, zawierała w wielkiej ilości drożdże, które u myszy wywoływały zabójczą drożdżową posocznicę lub też ogniskowe sprawy chorobowe w różnych narządach. Wkrótce przed śmiercią chorej wykryto drożdże także w jej krwi, a po śmierci wreszcie w narządach wewnętrznych. Przypadek ten dowodzi, że drożdże mogą i u ludzi mieć znaczenie chorobotwórcze. Na zasadzie swoich badań dzieli B. drożdże na nieszkodliwe, które żyją tylko jako saprofity na powierzchni błon śluzowych w wydzielinach, lecz które mogą stać się szkodliwe przez swoje produkta przemiany materyi; dalej na drożdże, żyjące w powierzchownych warstwach przybłonków i wywołujące sprawy nieżytowe, nadżerki i płaskie owrzodzenia; wreszcie na takie, które rozwijając się w głębi ustroju wywołują bądźto rodzaj posocznicy, bądź miejscowe ogniskowe sprawy chorobowe. Posocznicy drożdżowej dotąd u ludzi nie spostrzegano, daje się ona natomiast wywołać doświadczalnie u myszy. Z miejscowych zachorzeń stoją na pierwszym planie u ludzi i u zwierząt blastomykozy (grzybice drożdżowe) skórne; doświadczalnie można u zwierząt wywołać takie ogniskowe grzybice w wielu narządach. Powstające przy tem guzy składają się przeważnie z samych komórek drożdżowych; ustrój dostarcza do nich tylko nieco tkanki ziarninowej; na błonach surowiczych powstają guzki śródbłoniakowate, zawierające mnóstwo drożdży. Zdaniem B., nie łączy drożdży żaden stosunek z nowotworami złośliwymi; nie zdołał on ich nigdy wykazać w rakach i mięsakach, ani też zapomocą hodowli drożdży chorobotwórczych wywołać czegoś, choćby odlegle podobnego do tego rodzaju nowotworów.

Doc. Ciechanowski.

M. Szereszewskij (Petersburg): **O nowej oznace miażdżycy łuku aorty.** (*Semaine Médicale* Nr. 51, 1898 r.). Opierając się na badaniach i spostrzeżeniach dawniejszych autorów, a nie mniej i na swoich własnych, autor opisuje trzy następujące objawy fizyczne miażdżycy łuku aorty: najpierw, jak to już wiadomo od czasów Piorryego, położenie serca zmienia się zależnie od pozycyi, jaką zajmuje badany. W r. 1886 autor prowadził studya nad tą sprawą i doszedł do wniosku, iż serce głównie na wielkich pniach naczyniowych jest zawieszonem, te zaś, bogatemi będąc we włókna sprężyste, z łatwością na zmianę jego położenia pozwalają; jeżeli zaś miażdżyca ogarnia aortę, to ta ostatnia, twardniejąc, nie może więcej się rozciągać i serce zostaje jakby przykutem do miejsca, co pierwszą oznakę miażdżycy aorty stanowi. Powtóre, niektórzy autorowie francuscy dawniej już spostrzegali i opisali, jako jednę z oznak charakterystycznych miażdżycy aorty, — stałe, niezmienne powiększenie średnicy tego naczynia. Wreszcie, ostatnia oznaka, która jest niejako dalszym ciągiem poprzedzających, została teraz specyalnie przez autora zbadaną: jeżeli ściany aorty pod wpływem zwapnienia twardnieją, to naczynie to nie może się zwężać, ani rozszerzać. Trudnem jest to wszakże do stwierdzenia przy badaniach chorego. Otóż autor podaje właśnie następujący sposób wywołania dowolnego rozszerze-

nia lub zwężenia łuku aorty. Za pomocą zwykłego opukiwania określa on granice łuku aorty i oznacza je ołówkiem. Następnie, uderza on w miejsce oznaczone młotkiem, bez plesymetru, 5 do 10 razy o tyle silnie, aby wywołać pewnego rodzaju bolesne uczucie. Jeżeli w kilka chwil potem oznaczamy na nowo granice łuku aorty, to pokazuje się, iż naczynie to uległo rozszerzeniu. Przy opukiwaniu kierować się należy ku linii środkowej mostka, prawa bowiem granica stłumienia aorty silniej przy tem reaguje. Aby znowu wywołać zwężenie aorty, wystarczy 2 — 3 suchych uderzeń w dołek podpiersiowy. W pierwszym przypadku sfygmograf wykazuje za każdem uderzeniem obniżenie, w drugim zaś podniesienie fali krwi. Taka reakcya daje się spostrzegać jedynie u ludzi niedotkniętych nawet w słabym stopniu miażdżycą łuku aorty. Ma być ona bardzo czuła.

W. Kania.

Dr. Jerzy Strube. **Doświadczenia lecznicze z heroiną.** *(Berl. klin. Wochenschrift.* 1898. Nr. 45). Heroina, proszek biały, słabo gorzki, trudno rozpuszczalny w wodzie, łatwiej po dodaniu kilku kropli kwasu octowego (teraz wyrabiają już łatwo rozpuszczalny szczawian heroinowy), wytwór, zastępujący morfinę, działa przedewszystkiem na ośrodek oddechowy, obniża częstość oddechów, zmniejsza podrażnienie do kaszlu, a usuwając duszność i kaszel, sprowadza sen. W porównaniu z morfiną, posiada o wiele mniejsze działanie kojące. Ubocznych objawów nie spostrzegł autor, jak również przyzwyczajenia. Dawka 0·005—0·01, działa na 2 do 4 godzin i można ją powtórzyć. W ogóle radzi autor podawać heroinę aż do 0·025 *pro die* w przypadkach, w których dotąd zapisywano morfinę lub kodeinę, zawsze jednak pod nadzorem lekarskim, albowiem lek ten jeszcze dostatecznie wypróbowany nie został. Najwięcej nadają się do stósowania heroiny przypadki gruźlicy płuc i dusznicy. Zapisywać można w pigułkach, w proszkach, a przetwór łatwo rozpuszczalny *Heroinum oxalicum* i w płynie.

Dr. Eljasz Radzikowski.

Schein. **Pobudzenie wydzielania pokarmu zapomocą miesienia powłok brzusznych.** *(Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 18, 1898). Autor wychodzi z założenia, że bezpośrednio po porodzie wskutek zmniejszonego dopływu krwi do macicy główny prąd krwi zostaje skierowany do powłok brzusznych, a ztąd powstałe przekrwienie, za pośrednictwem tętnicy i żyły sutkowej wewnętrznej, oraz tętnicy i żyły nabrzusznej wyższej i niższej (arteria et vena mammaria interna, epigastrica superior et inferior) udziela się sutkom i to pobudza gruczoły mleczne do żywej czynności wydzielniczej. Na podstawie tego rozumowania autor stara się podnieść wydatność sutków, tam, gdzie gruczoły same są dobrze rozwinięte, a tylko z innych przyczyn wydzielanie pokarmu nie dopisuje, zapomocą miesienia powłok brzusznych oboma rękami na płask ułożonemi w kierunku od bioder ku sutkom. Lekko uciskając i przesuwając ręce od dołu ku górze, wygniata się niejako krew z powłok brzusznych ku sutkom. Miesienie tego rodzaju stosuje autor raz dziennie po 20—60 minut i powtarza je przez kilka dni z rzędu. Wyniki, jakie autor tą metodą otrzymał, upoważniają go do zachęcania stósowania tego sposobu. *Ww.*

Stanisław Pechkranz: **Przypadek zapalenia opon mózgowych niegruźliczej natury z niezwykłym przebiegiem.** *(Gazeta Lekarska,* Nr. 46, 1898). Dziewczynka 10-letnia przed 8 tygodniami przebyła zapalenie płuc, zaś przed 2-ma dniami doznała wstrząśnienia silniejszego (spadła razem z siennikiem pod łóżko wskutek wypadnięcia desek). Dreszcze, gorączka, silny ból głowy, zesztywnienie karku. Objawy w czasie pobytu w szpitalu kazały rozpoznać zapalenie opon mózgowych, nie wiadomo tylko, czy gruźlicze, czy t. zw. zwykłe. Po niespełna 9 tygodniach zejście śmiertelne, a badanie zwłok wykazało zapalenie opon niegruźlicze, usadowione na podstawie mózgu. W wysięku włóknikowym wykryto dwuziarniak zapalenia płuc (diplococcus pneumoniae Fraenkel-Weichselbaum). Zapalenie to było przerzutowe, a bezpośrednim powodem usadowienia się na oponach pewne ich uszkodzenie, (jako miejsce mniejszej odporności) po wstrząśnieniu. Objawy za życia więcej przemawiały za zapaleniem gruźliczem. Przerzutowe zapalenie opon po zapaleniu płuc, nie w jego przebiegu i to po tak długim czasie (8 tygodni), należy do rzadkości, choć znane jest z literatury po 3 miesiącach. Badania dna oka dla rozpoznania zapalenia opon gruźliczego — nie robiono.

Dr. Eljasz Radzikowski.

Dr. A. Ciągliński: **Kilka uwag o tak zwanej neurozie traumatycznej i symulacyi.** (Rzecz wygłoszona na I. Zjeździe lekarzy kolejowych w Petersburgu; czerwiec 1898). *Gazeta Lekarska.* Nr 46, 1898. Nerwica urazowa jako osobna choroba nie istnieje, ale nazwę tę nadaje się dla wygody cierpieniom układu nerwowego, powstałym po urazie i w jego następstwie. Rozpoznanie nerwicy urazowej nastręcza nieraz wiele trudności, zwłaszcza lekarzom, powołanym przez władzę kolejową do ocenienia stanu zdrowia człowieka, skarżącego się na zaburzenia nerwowe. Od ich świadectwa zależy przyszłość tego człowieka, który znów może w chęci wyzysku udawać chorobę. Praktyczna zasada dla lekarzy kolejowych jest, aby nie rozpoznawać nerwicy urazowej na zasadzie samych objawów podmiotowych, a bez przedmiotowych.

Udawanie nerwicy urazowej jest mniej częste, niż się ogólnie wydaje. Popęd do przesady, a nawet udawania, podobnie jak w histeryi, zdarza się nieraz w prawdziwej nerwicy urazowej. Autor radzi jak najprędzej ustalić w danym przypadku rozpoznanie nerwicy urazowej bez zbytniego przeciągania badań; ciężkie zaś przypadki poddać spostrzeganiu w szpitalu pod nadzorem lekarskim; los poszkodowanego i rodziny jak najszybciej upewnić, przyczem należy przyznać pierwszeństwo odszkodowaniu jednorazowemu przed rentą roczną, połączoną z obowiązkiem corocznego sprawdzania stanu zdrowia i to pod groźbą odebrania renty w razie poprawy zdrowia, lub wzięcia się do jakiejkolwiek pracy.

Przydługie badania, przeciąganie ostatecznego rozstrzygnięcia, świadectwo z zastrzeżeniem jawienia się poszkodowanego po roku do ponownego zbadania, trzymają chorego w zawieszeniu i powiększają nasilenie nerwicy urazowej przez poddawanie psychiczne. *Dr. Eljasz Radzikowski.*

F. Gintl: **O zachowaniu się pepsyny w chorobach żołądka.** *(Arch. f. Verdauungskrank.* B. IV. H. 3 1898). Autor przeprowadził szereg doświadczeń nad zachowaniem się pepsyny w żołądku trawiącym ludzi zdrowych i dotkniętych różnymi stanami patologicznymi żołądka. Do ilościowego oznaczenia pepsyny posługiwał się metodą Hammerschlaga, którą uważa z powodu łatwości wykonania jej za bardzo odpowiednią do praktycznego i klinicznego użytku. Wyniki osiągnięte są następujące:

W fizyologicznych warunkach trawienia oznaczone wartości pepsyny wahają się w dość małych granicach, odsetkowo oznaczone między 85%—96%.

Przy niedomodze wydzielniczej HCl nie można wnosić o analogicznem zachowaniu się pepsyny, albowiem w przypadkach, w których znaleźć można znaczne zmniejszenie ilości HCl., a nawet zupełny brak jego, badanie ilościowe pepsyny może wykazać dość jeszcze wysokie wartości. W przypadkach wrzodu okrągłego, nadmiernego wydzielania HCl., obniżenia żołądka (ptosis), nadto przy bladaczce, niedokrewności i niedomodze nerwowej ilościowe zachowanie się pepsyny nie jest stałe, wartości odsetkowe wahają się w granicach prawidłowych, lub są nieco tylko niższe (71%).

Wartość odsetkowa pepsyny w raku żołądka jest różna; może być bardzo znacznie zmniejszona, w innych przypadkach nieco tylko mniejszą, a nawet dosięgać liczby prawidłowej. W rakach żołądka, powstałych na tle wrzodu okrągłego, pepsyna nie zachowuje się analogicznie do zmniejszania się wolnego HCl. Podobne zachowanie się pepsyny, jak przy raku, stwierdzić można i przy nieżytach zanikowych żołądka (hypoachylia gastrica) jakkolwiek tu w prze-

ważnej ilości przypadków wykazać się daje mniejsze lub większe osłabienie siły trawienia. *Dr. Rencki.*

Dehio: **O zapaleniach i owrzodzeniach, wywoływanych w jelicie grubem człowieka przez „*Balantidium coli*".** *(Russkij archiw patologii e. t. c.* 1898. Tom VI. Z. 2.*).* Kilku już autorów opisywało zmiany jelita grubego, podobne do owrzodzeń dysenterycznych u ludzi cierpiących za życia na ciężkie biegunki, połączone z wydalaniem z kałem pasorzyta „*balantidium coli*". Z trzech przypadków takich, spostrzeganych przez D., a zakończonych śmiercią, dwa razy również znaleziono rozległe wrzody w jelicie grubem, raz zaś zmiany nieżytowe bez owrzodzeń, u treści zaś jelit ogromną ilość owych pasorzytów, które D. uważa za przyczynę choroby. Zwróciwszy baczniejszą uwagę na obecność „*balantidium*" w stolcach, stwierdził D., że znajduje się on w nich wiele częściej, niżby się można spodziewać, i sądzi, że odgrywa on dość ważną rolę między przyczynami ciężkich schorzeń jelita grubego (przynajmniej w okolicach Dorpatu). Wogóle spostrzegano dotąd 61 przypadków podobnych; z tych 28 przypada na Rosyę, a z tego 11 na Dorpat. *C.*

Spronck (prof. w Utrechcie): **O korzystnym wpływie ogrzewania surowicy przeciwbłoniczej na przypady, zdarzające się po jej wstrzykiwaniach.** *(Annales de l'Institut Pasteur* 1898. Nr. 10). Dawniej już stwierdzono doświadczalnie na zwierzętach, że ogrzanie surowicy przeciwbłoniczej przez $1\frac{3}{4}$ g. do 58° C. zapobiega jej działaniu ubocznemu. S. przekonał się, że tak samo dzieje się przy stósowaniu surowicy u ludzi. W ciągu lat 1895 i 1896 na 1365 chorych, leczonych surowicą nieogrzewaną, u 208 t. j. 15·2% wystąpiły niemiłe skutki uboczne, jako to osutki rumieniowate, zajęcie stawów i t. p. Natomiast w roku 1897 na 251 chorych, leczonych surowicą ogrzaną, skutki uboczne pojawiły się tylko u 12 t. j. 4·7%. W szpitalu Wilhelminy w Amsterdamie surowica nieogrzewana wywoływała skutki uboczne w 22·7%, ogrzewana tylko w 8·7%. W szpitalu w Haarlemie odnośne liczby wynoszą 19·5% — i 2·1%. Prof. Bujwid radził dla zapobieżenia skutkom ubocznym nie uzyskiwać surowicy wcześniej, jak w dwa tygodnie po ostatniem wstrzyknięciu jadów błoniczych koniom. S. utrzymuje, że nawet znacznie wcześniej uzyskana surowica nie działa szkodliwie, byle ją poddać ogrzaniu. Siła surowicy przez to ogrzanie słabnie wprawdzie, ale, według S., tylko bardzo nieznacznie; zresztą wyniki leczenia w szpitach w Amsterdamie i Haarlemie były prawie te same bez względu na to, czy surowica była ogrzana lub nie, a ogrzanie zapobiegało, jak wspomniano, działaniu ubocznemu. *C.*

F. Winkler: **O szczególnych tworach kulistych w zmianach kiłowych spostrzeganych.** *(Pos. Towarz. lekar. w Hamburgu* 11. 10, 1898). Autor spotykał w zmianach i wydzielinach kiłowych małe twory kuliste, ostro odgraniczone, z wyraźną otoczką i plamą jasną, odśrodkowo ułożoną; tu i owdzie zaś spostrzedz można większe twory, kształtem podobne, w których, obok jednej większej plamy, znajduje się kilka mniejszych. Do barwienia używał W. tioniny lub błękitu toluidyny i odbarwiania w formalinie lub błękitu metylowego i odbarwiania w mięszaninie eteru z gliceryną. Nader ciekawem jest znalezienie tych tworów w nasieniu kiłowych, ale tylko bez barwienia. W dalszym ciągu autor zastanawia się nad istotą tych ciał, nie rozstrzygając jednak stanowczo, w jakim związku stoją one do tkanek, a najwięcej przechyla się do przypuszczenia, że przedstawiają bliżej nam nieznane zwyrodniałe jądra, zwłaszcza, że znanem jest działanie jadu kiłowego, upośledzające tworzenie się chromatyny w jądrach komórek. *F. K.*

Dr. R. Kuckein: **Przypadek utajonej tężyczki (latente Tetanie) w rozstrzeni żołądka znacznego stopnia wskutek rakowej cieśni odźwiernika.** *(Berl. klin. Wochenschrift*, 1898, Nr. 45). Niedawno ogłosił Juergensen (Deutsch. Archiv f. klin. Med. LX) przypadek znacznej rozstrzeni żołądka wskutek cieśni po wrzodzie odźwiernika, zakończony zejściem śmiertelnem śród ciężkich objawów mózgowych.

Bardzo podobny przypadek spostrzegał autor w klinice królewieckiej, przypadek, który jednak po dokładnem zbadaniu uważać należy za tężyczkę (tetania). Ponieważ przypadków takich dotąd bardzo mało opisano, podaje autor dokładną historyę choroby i protokół rozbioru zwłok.

Chory 48-letni, przywieziony w stanie bezprzytomnym, zmarł po niecałej dobie pobytu w klinice. Badanie kliniczne wykazało na mocy rozbioru treści żołądkowej oraz innych objawów: rak odźwiernika i rozstrzeń następowa żołądka. Guza nie można było wymacać.

Badanie układu nerwowego wykazało oprócz bezprzytomności i nieznacznych kurczów drgawkowych (klonicznych) obustronny „objaw Trousseaua", t. j. ustawienie ręki położnika wskutek ucisku na *sulcus bicipitalis internus*. Objawu Chvostka nie było, jak również kurczów tężcowych (tonicznych). Na podstawie tego rozpoznano tężyczkę i to tężyczkę utajoną, ponieważ ujawniała się tylko zajęciem *sensorium* i kurczami drgawkowymi.

Etyologia tężyczki wskutek rozstrzeni żołądka posiada dotąd trzy tłómaczenia, opierające się na zagęszczeniu krwi, na samozakażeniu i na odruchowem pochodzeniu kurczów.

W przypadku niniejszym najprawdopodobniejszem wydaje się autorowi samo-zakażenie istotami z rozkładającej się treści w rozszerzonym żołądku. Przypadek ten jest o tyle ciekawy, że tężyczkę można było rozpoznać dopiero przy dokładnem badaniu, szukając umyślnie jej znamiennych objawów. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Budberg: **Przyczynek do opatrywania pozostałości pępowiny.** *(Centralblatt für Gynäkologie*, Nr. 47, 1898). B. poleca po ukąpaniu noworodka osuszyć pępowinę i obwinąć ją w pasek higroskopijnej waty, zamaczanej w wyskoku. Na to należy położyć lekko drugi pokład waty i założyć opaskę pępkową. Wyskok winien być wolny od fuzlu i absolutny — przynajmniej przez pierwsze dni i przy bardzo tłustej pępowinie. Opatrunek taki zmienia się 1—2 razy dziennie aż do odpadnięcia pępowiny. Dziecko można przez ten czas kąpać albo nie, to zależy od zwyczaju. Autor widział bardzo dobre wyniki przy stósowaniu powyższego sposobu opatrywania pępowin. *Ww.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Kryofinum. Są to kryształki bezbarwne, igiełkowate, rozpuszczalne w 600 częściach wody zimnej, a 52 gorącej, a powstałe przez dodanie fenetedyny do kwasu metylglikolowego. Środek przeciwgorączkowy, a dawka 0.5 grm. odpowiada w tym względzie 1 grm. fenacetyny; stósowany bywa także ze skutkiem przeciw nerwobólom.

Laevulosa. Jest to biała, krucha masa o słodkim smaku, łatwo rozpuszczalna w wodzie. Nadaje się, jako pożywka, w cukrówce, a także jest środkiem, zaoszczędzającym białko w ustroju. Ponieważ smak słodki lewulozy wyraźniejszym jest na zimno, należy więc używać jej do sporządzania kaltesunu, lub lodów owocowych.

Lecithinum. Jest to składnik tkanki nerwowej, zawierający fosfor; znajduje się także w roślinach. Otrzymać go można z ziarn owsa, lub żółtka kurzego i przedstawia się jako masa biała, lub żółtawa, podobna do wosku, rozpuszczalna w wyskoku, eterze i chloroformie, a z wodą i rozczynami soli tworząca galaretę.

Według dawniejszych już doświadczeń Danilewskiego i świeżych prac Charrina i Seronoa, wzmaga ten środek czynność przewodu pokarmowego, zwiększa znacznie łaknienie, podwaja prawie ilość ciałek czerwonych, czyli wpływa znacznie na przybytek wagi ciała. W celach tych używano wstrzykiwań.

Malleinum. Jest to mieszanina trujących produktów przemiany materyi prątka nosacizny, a nadaje się do celów rozpozna-

wczych, podobnie, jak tuberkulina. Benome i Buschke stosują już ze skutkiem maleinę u człowieka w celach rozpoznawczych, a nawet leczniczych, a przynajmniej prognostycznych.

Methylium salicylicum $OH.C_6H_4CO_2CH_3$. Jest to ciecz bezbarwna, lub blado-żółtawa, o c. g. 1.18, wrząca przy 220° C.

Po pracy H. C. Wooda, głoszącej, że środka tego używać można przeciw gośćcowi zamiast salicylanu sodowego, ogłosili wyniki swych doświadczeń Linosier i Lannois, potwierdzające to twierdzenie i zalecające środek ten szczególnie wskutek własności jego przesiąkania łatwego przez skórę. Sposób stosowania jest prosty: Pod cierpiące miejsce, dobrze oczyszczone, podkłada się nieprzemakalny papier, następnie puszcza się na to miejsce 50—120 kropli salicylanu metylowego, poczem szybko owija się je podłożonym papierem, okłada watą i utwierdza flanelową opaską. W razie potrzeby użyć można 12—24 grm. salicylanu, a przy silnych bólach powtórzyć zabieg dwa razy. Rzecz naturalna, że trudno stosować ten środek przy zajęciu równoczesnem wielu stawów.

Wessanie następuje bardzo szybko, a nie spostrzegano nigdy dotąd ubocznych zaburzeń ze strony żołądka, lub układu nerwowego, jak to ma nieraz miejsce przy podawaniu salicylanu sodowego. Używają go także w wiądzie rdzenia pac., rwie kulszowej, nerwobólach suchotników, także w bólach stawowych w przebiegu płonicy. Duguaire stosuje go też przy rzeżączce, wstrzykując 3 razy dziennie:

Rp.: *Methylii salicylici artific. 1.00*
Bismuthi subnitr. (lub lepiej) *salicyl. basici 10.00*
Vaselini liquidi 100.00
MDS.: *Do injekcyi. Przed użyciem wstrząsnąć.*

Do podawania wewnętrznego zaleca G. Lassare.

Rp.: *Methylii salicyl. artif. 1.00*
Syrupi citri
Rum aa 50.0
Inf. fol. Theae chinens. (1:100.0)
Ds.: *Wypić łyżkami w ciągu 48 godzin.*

Vidal ostrzega przed używaniem salicylanu naturalnego, gdyż ten wywołuje nie miłe podrażnienie. *Dr. Żychoń.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

Antonelli zaleca do leczenia rzeżączki (*Gaz. degli osped.*, 1898) kwas pikrynowy, wstrzykiwany w rozczynie 3—5‰, zapomocą kaniuli Majochiego, 3 razy dziennie. Wyniki mają być bardzo dobre, gdyż środek ten złuszcza łatwo przybłonek cewki i, zamieniając wypływ ropny na śluzowy, niszczy gonokoki. *F. K.*

H. Loeb używa, przy wstrzykiwaniach salicylanu rtęciowego w parafinie, 10% ortoformu, jako domieszki łagodzącej ból przy i po wstrzykiwaniu, a nie utrudniającej wessania powyższego przetworu rtęci. *F. K.*

Unna zaleca, jako pastę żrącą (*Montsh. f. pr. Derm.* XXVII, 2) następującą mieszaninę: *Kali caust. Calcar. ust. Sapon. virid. Aqu. dest. aa*, którą można osłabić dodaniem gliceryny — i używa jej w ten sposób, że po rozsmarowaniu (z dodatkiem morfiny lub kokainy dla uśmierzenia bólu), przykrywa mokrą watą i ceratką (Dunstverband), lub przykrytą mokrym opatrunkiem, zalepia szczelnie zapomocą cynkowego mułu plastrowego. Obok powyższej pasty używa: *Solut. kali caustici 1:500—10000*, również w postaci mokrych opatrunków. *F. K.*

R. E. Graham (w *New-York* Med. *Journ. 25 Juni, 1898*) poleca do leczenia nieżytów pęcherza moczowego pyoktaninę. Po opróżnieniu pęcherza i przemyciu go wodą wyjałowioną, wstrzykuje doń 7—10 grm. nasyconego roztworu pyoktaniny. Rozczyn ten działa na ściany pęcherza przez 1—2 minut, poczem go wypuszcza i znów wodą wyjałowioną przemywa pęcherz, aż do wymycia śladów pyoktaniny. *Herman.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dn. 7-go grudnia 1898

Przewodniczący, kol. prezes prof. dr. Jakubowski. — Obecnych 21 członków.

2) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Na wstępie poświęca kol. prezes w gorących słowach wspomnienie ś. p. kol. Janowi Harajewiczowi, którego pamięć uczcili obecni przez powstanie.

Nastąpił odczyt P. A. Wróblewskiego: »O mleku niewieścien i krowiem w świetle nowszych badań chemicznych«.

Prelegent wykazywał wybitne różnice w składzie ilościowym mleka kobiecego, krowiego i kobylego, oraz omawiał własności chemiczne poszczególnych jego składników. Mleko zawiera cztery ciała proteinowe: sernik, globulinę, białko mlekowe i opalizynę. Pomiędzy sernikiem kobiecym i krowim istnieją ważne różnice; sernik kobyli zajmuje miejsce pośrednie. Sernik krowi znajduje się w mleku wyłącznie w stanie zawiesiny, ponieważ przez filtr Chamberlanda nieprzechodzi. Próby z mlekiem dyalizowanem wykazują, że do ścinania się podpuszczką niepotrzebne są sole fosforowe rozpuszczalne, lecz przeciwnie fosforan sodowy, pozostający w połączeniu z sernikiem i występujący w postaci zawiesiny w mleku. Opalizyna znajduje się w mleku krowiem w małych ilościach; w mleku kobylem w nieco większych; w mleku zaś kobiecem występuje obficie; rozczyny jej opalizują; strąca się częściowo kwasem octowym w postaci lepkich nitek; zawiera 4·7% siarki i zbliża się pod względem zachowania się do albuminatów. Opalizyna obok sernika powoduje znaczną lepkość mleka. Jej obfite występowanie w mleku kobiecem stanowi jedną z głównych różnic pomiędzy tem mlekiem i krowiem. Przy sterylizacyi mleka występują wybitne zmiany chemiczne. Cukier częściowo się karmelizuje, wytwarzając ślady kwasu mlekowego. Białko i globulina ścinają się. Pewna część sernika strąca się przy zbyt długiej sterylizacyi, jednakże mleko sterylizowane ścina się podpuszczką. Przy ogrzewaniu mleka pod ciśnieniem zachodzą dalej idące zmiany. Równoległe próby sztucznego trawienia pepsyną i trypsyną siedmiu surogatów mleka kobiecego zwracają uwagę na mięszaninę Biederta, oraz na mięszaninę Hamarstena, składającą się z serwatki słodkiej i śmietanki. Kefir zawiera znaczne ilości łatwo rozpuszczalnych fosforanów wapniowych, oraz albumoz, powstałych przy rozkładzie sernika.

Odczyt przedstawiał prawie wyłącznie objaśnienia do demonstracyi.

W rozprawach nad powyższym odczytem podniósł kol. Raczyński, iż w wykładzie p. Wróblewskiego było wiele ciekawych i nowych rzeczy, należałoby go jednak uzupełnić jeszcze ostatniemi badaniami, ważnemi ze względu na praktyczną stronę poruszonej sprawy. Mówiąc o różnicy między mlekiem kobiecem a krowiem, nie można pominąć różnic w strawności, w zdolności wyzyskania dla ustroju, przemiany istot białkowatych i t. d., t. j. całego szeregu badań podjętych przez klinicystów, celem wykazania różnic w przemianie materyi u dzieci żywionych mlekiem kobiecem a krowiem. Badania te są bardzo ważne dla sprawy sztucznego żywienia i przyczynią się zapewne do jej wyświetlenia. W sprawie sztucznego żywienia dzieci weszliśmy bowiem w nowy okres. Najpierw upatrywano główną przyczynę niepowodzenia w różnicy chemicznej między mlekami; wykazywali nam te różnice chemicy i podawali sposoby upodobnienia mleka krowiego mleku kobiecemu. Niestety sposoby te okazały się w praktyce bez korzyści. Później nastał czas, w którym jedyną przyczynę niepowodzeń upatrywano w obecności drobnoustrojów w mleku krowiem. Idąc więc w ślad za radą bakteryologów, staraliśmy się podawać dzieciom mleko zupełnie jałowe. I znów pokazało się, że znaczny odsetek dzieci karmionych tem mlekiem ginie — co więcej, że mleko takie może się stać przyczyną choroby Barlowa. Porzuciliśmy więc to przekonanie i wróciliśmy do zwykłego, jednorazowego przegotowania mleka tak, jak znów co do składu mleka za najodpowiedniejszą uważamy dziś podaną jeszcze przed kilkunastu laty mięszankę Biederta. Innemi słowy, te wszystkie badania nie przyniosły sprawie sztucznego żywienia żadnej korzyści, a to dlatego, że nie uwzględniono w nich ustroju, że dokonywano ich nie w klinice, lecz w pracowni, że nie śledziono przemian obu mlek w ustroju, lecz badano je w retorcie. Nowym okresem nazwał kol. R. ostatnie czasy, w których zwrócono główną uwagę na przemianę materyi u dzieci chorych i zdrowych, żywionych w różny sposób. Takie badania rzucają inne światło na różnice między oboma mlekami i przynieść też mogą sprawie sztucznego żywienia więcej korzyści niż nowy podział ciał białkowatych, lub nowo odkryte ciało chemiczne.

Kol. Bier podniósł wartość badań bakteryologicznych, które przyczyniły się wielce do wyjaśnienia zapatrywań naszych na sprawę sztucznego żywienia.

Kol. Bujwid podniósł ważność wykazania przez prelegenta znacznej ilości opalizyny w mleku niewieściem i wogóle ważność ba-

dań chemicznych i bakteryologicznych w sprawie sztucznego żywienia dzieci.

Kol. Seńkowski zauważył, iż liczby podane przez prelegenta, tyczące się ilościowego składu poszczególnych mlek, brzmią nieco za dokładnie, a niestety prawdziwie dokładnych liczb wiedzieć nie można; mleko, zależnie od wielu ubocznych czynników, miewa skład bardzo rozmaity.

Kol. Raczyński zastrzega się, że nie odrzuca i nie obniża wartości badań, dokonanych w pracowniach, jako przyczynków do sprawy z teoretycznego punktu widzenia; jednak chciałby, aby pedyatrzy pozbyli się wreszcie tego przekonania, że w sprawie sztucznego żywienia dzieci stanowczy głos należy do chemików lub bakteryologów.

P. A. Wróblewski odpowiadając na czynione mu zarzuty stwierdza, iż właśnie badaniom chemicznym zawdzięczają klinicyści swe obecne poglądy. Nawet mięszanka Biederta powstała w chemicznej pracowni Kehrera, gdzie wykazano różnice jakościowe między mlekiem kobiecem i krowiem. Co do zarzutu zaś zbytniej dokładności liczb, to są to ilości przytoczone, których zaokrąglać nie wolno. Prelegentowi znaną jest zmienność składu chem. mleka, a zdarza się ona nietylko w mleku, uzyskiwanem od różnych indywiduów, lecz nawet skład mleka z jednego gruczołu jest zmienny, a mianowicie z początku dojenia idzie mleko chude, później coraz więcej tłuszczu zawierające. Sprawa ta, dla braku materyału, jeszcze nie jest dokładnie opracowaną i nie znamy dotychczas prawdziwie średniego składu mleka kobiecego.

Sekretarz doroczny
Dr. Xawery Gorski.

Komisya przemysłowo lekarska Tow. Lek. Krak.

Posiedzenie z dnia 18 Listopada. 1898 r.
Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 11.

1. W załatwieniu podania pana A. Uznańskiego z Poronina, czy grunt leśny Nowe Zakopane-Czarnolesie nadaje się pod względem zdrowotno-klimatycznym do urządzenia na nim osady klimatycznej według przedłożonych planów, uchwalono na podstawie szczegółowego referatu Prof. Dra Ponikły i Prof. Dra Jordana zalecić Towarzystwu Lekarskiemu Krakowskiemu odpowiedź, że grunt ten w zupełności nadaje się do urządzenia stacyi klimatycznej pod warunkiem, że będzie urządzony wodociąg z wody źródlanej, zadość czyniący wymaganiom zdrowotnym.

Oceniając rozbiór chemiczny wody z Jaszczurówki, dokonany przez Dra Janiszewskiego, przychodzi Prof. Jaworski do przekonania, że skład chemiczny tego zdroju nie uległ zmianie i że woda ta tak samo jak poprzednio składem swym zbliża się do cieplic obojętnych.

2. W myśl uchwały powziętej na wniosek Przewodniczącego na posiedzeniu w dniu 10 października b r., ażeby w najbliższym czasie zaprosić właścicieli zdrojowisk i lekarzy zdrojowych na wspólną naradę w celu zastanowienia się nad sposobami podniesienia zdrojowisk i uzdrowisk krajowych, przyjęto referat Doc Dra Ludomiła Korczyńskiego, obejmujący najważniejsze tematy, jakie na Zjeździe tym poruszyć należy.

3. Prof. Dr. Jaworski zdaje sprawę z rozbioru chemicznego źródła, z którego pobiera wodę fabryka wody sodowej i wód lekarskich K. Rzący i Chmurskiego. W ciągu ostatniego dziesięciolecia skład chemiczny źródła tego uległ zmianie. Pomimo to woda tego źródła jest jeszcze dobrą wodą do picia i nadaje się do wyrobu wody sodowej, gdyż ilość ciał stałych i zanieczyszczeń jest bardzo małą.

4. Na podstawie referatu Prof. Dra Bujwida i Prof. Dra Jaworskiego, jak niemniej rozbiorów chemicznych, dokonanych w c. k. Zakładzie chemicznym do badania środków spożywczych, uchwalono udzielić fabryce K. Rzący i Chmurskiego wskazówek co do wyrabiania i napełniania sztucznych wód lekarskich.

5. Przyjęto materyał do obrad ankiety w sprawie większego rozwoju i popierania krajowego przemysłu w zakresie wyrobu przetworów leczniczych i dyetetycznych, wypracowany przez Dra Sliwińskiego i Prof. Jaworskiego.

6. Przyjęto do wiadomości sprawozdanie korzystne o fabrykacyi kefiru przez panią Różę Grossową (następczynią P. Kosmowskiej) i to tak na podstawie badania sposobu wyrabiania, dokonanego przez Prof. Dra Bujwida, jak niemniej na podstawie rozbioru chemicznego, wykonanego w c k. Zakładzie do badania środków spożywczych.

7. Zbadanie własności krystalicznego lodu, którego fabrykacya ma się wkrótce w Krakowie rozpocząć, poruczono Prof. Dr. Bujwidowi i Prof. Dr. Jaworskiemu.

8. Przewodniczący zawiadamia, że omówił z Prof. Drem Bujwidem sprawę wyrobu i rozpowszechnienia miodu pitnego, która już bez skutku przed laty kilku traktowaną była w Komisyi. Prof Bujwid obiecał się zająć tą sprawą, ważną nietylko dla podniesienia miodosytnictwa krajowego, ale niemniej dla zastąpienia win tak często obecnie fałszowanych.

9. Prezes Towarzystwa Lekarskiego porusza myśl zachęcenia producentów do wyrabiania wina borówkowego. Przed kilku laty wino to produkować zaczęła fabryka K. Rzący i Chmurskiego, musiała jednak zaniechać dalszego wyrobu z powodu zbyt wysokiego podatku. Referat poruczono Prof. Steingraberowi.

10. Uproszono Prof. Bujwida do zajęcia się zbadaniem dobroci krajowych jarzyn i owoców suszonych w porównaniu z zagranicznemi.

11. Przyjęto do wiadomości wynik badania *Vaselinum flavum viscosum medic. opt.* i *Unguentum parafini albissimum* wyrobu apt. Jakubowskiego i Spółki w Nowym Sączu. Przetwory te polecone już przez Tow. Lek. Krak. badał ponownie Prof. Dr. Łazarski i orzekł, że odpowiadają one wymaganiom lekospisu austryackiego.

12 Pigułki ocukrzone, zawierające po 1 mgr. fosforu, wyrobu apt. G. Otowskiego, na podstawie opinii wydanej przez Prof. Bujwida uchwalono przedstawić Tow. Lek. Krak. do polecenia. W pigułkach tych osłonka z cukru chroni należycie fosfor od rozkładu.

13. Zajmowano się ponownie fabryką przetworów opatrunkowych Dobrowolskiego w Podgórzu.

14. Uchwalono na miejsce Prof. Rydygiera i ś. p. Prof. Obalińskiego przybrać do Komisyi w charakterze Członków stałych Prof. Dra Bujwida i Prof. Dra Jaworskiego, zaś w miejsce ś. p. Prof. Walentowicza jako Członka nadzwyczajnego Dra Ignacego Lembergera.

Dr. Michał Śliwiński,
sekretarz.

VIII. O szpitalach okręgowych

Różne są sposoby tworzenia nowych szpitali: zakładają je ludzie bogaci, przejęci duchem miłosierdzia, zakładają zasobne stowarzyszenia i bractwa dla swych członków, wielkie ogniska przemysłowe dla pracowników, zakładają gminy, zakładają wreszcie i kraje z grosza powszechnego. Żaden niestety z tych sposobów nie ma u nas źródła dość obfitego, byśmy co do liczby, czy co do jakości nadążyć mogli za innemi, szczęśliwszemi stronami. Lecz choć nam jeszcze nie pora stanąć do miary z ościennymi krajami — mimo to gospodarka krajowa pochlubić się może pięknymi owocami pracy od czasu, jak Wydział krajowy objął pod swój nadzór szpitale główne i powszechne. Zwolna powstają nowe, odradzają się stare, wadliwe. Ale ponad sprawą poszczególnych zakładów wznosi się pytanie, jaki rodzaj szpitali jest dla Galicyi potrzebny i jak one mają być po kraju rozmieszczone? Jestto rzecz wielkiej wagi, szpitalnictwo bowiem powinno wyrastać z gleby istotnych potrzeb danego kraju, inaczej będzie dziwolągiem zbytkownym i nieużytecznym. Uczy tego doświadczenie, uczy i historya. W wiekach średnich zakładano szpitale przy klasztorach i kościołach, dziś nikt o tem nie pomyśli. W wojnie amerykańskiej stworzono drewniane baraki — dziś system barakowy w pierwotnej formie, mimo zalet wielkich i usiłowań rządów, nigdzie się nie utrzymał. Te dwa przykłady niech starczą za objaśnienie.

Dotychczas w Galicyi Wydział krajowy kierował się zasadą popierania dążeń do tworzenia w miastach powiatowych szpitali na 40 do 80 łóżek w przecięciu i zasadę tę w życie wprowadzał powoli, lecz stanowczo. Takich szpitali mamy dopiero 26; a więc zdawałoby się, że plan gotowy na długie lata: założenie szpitali w powiatach pozostałych. Praca niełada, bo brak jeszcze kilkudziesięciu szpitali. Zaszły jednak okoliczności, które tą zasadą zachwiały i grozić się jej zdają obaleniem. Oto wprowadzona została w życie ustawa z 2 lutego 1891 r. o tworzeniu okręgów sanitarnych i Sejm począł z roku na rok coraz gęstszą sieć tych okręgów zakładać.

Piękne dzieje narodzin nowego czynnika zbyt dobrze są znane, bym je tu powtarzał; dalsze jednak kilkoletnie doświadczenie z tym nowym żywiołem służby zdrowia doprowadziło do bardzo sprzecznych wniosków. Nie wdając się w ich ocenę, możemy stwierdzić przedmiotowo, że zupełnego zadowolenia żadna ze stron nie doznała. Poglądy te, które niedawno dość ożywiony ruch sprawiły w prasie zawodowej, streściły się w końcu w stały kształt wniosku, przedłożonego na ostatniej sesyi sejmowej przez posła dra Leona Jaklińskiego. Wniosek ten upomina się „o popieranie zakładania szpitali mniejszych, gęsto po kraju rozrzuconych, zamiast powiększania istniejących, lub zakładania nowych większych,“, a w myśl tego wniosku szpitale małe powinny być powierzone lekarzom okręgowym. Szanowny wnioskodawca, poseł i lekarz, kierował się widocznie myślą, poprzednio przez radcę Dra Merunowicza wypowiedzianą, by przez oparcie lekarza okręgowego o szpital, uczynić pracę jego wydatniejszą i dla ludności okręgu zbawienniejszą. Ale wniosek ten zagraża większym szpitalom prowincyonalnym i dąży do zupełnego zniesienia zasady, która przez dziesiątki lat była za dobrą uważana. Nic w tem zresztą niema niezwykłego; w życiu publicznem dość często powtarzają się podobne zjawiska, że to lub owo zbawienne dążenie w pewnym kierunku zadaje cios niemal śmiertelny sprawie innej, nie mniej dobrej. Wniosek Dra Jaklińskiego zbyt stanowczo przecina nić starą przyjętego zwyczaju i zupełnie nową snuć zaczyna, by nie godziło się z największą rozwagą zastanowić nad pytaniem: Czy wolno dla ratowania społecznego eksperymentu, dopiero niedawno w małej części kraju zastósowanego i za niedostateczny przez powagi uznanego — robić drugi eksperyment na wielką skalę kosztem zasady, która ma wyrobioną przeszłość i która okazała się dobrą w zastósowaniu?

Chcąc na to pytanie odpowiedzieć, koniecznem jest rozważyć wartość dotychczasowego szpitalnictwa i przypuszczalną wartość nowego, które wniosek do życia ma powołać. Z jednej strony ważność sprawy, z drugiej dobra wola Szanownego wnioskodawcy dają otuchę, że głos mój będzie uznany, jako szczery i dobru szpitali oddany.

Popatrzmy najprzód na stare szpitale. Są one częścią znaczną miejskie, częścią powiatowe, ale przez prawo publiczności różnica pochodzenia zatarła się pomiędzy nimi; wspólne zaś mają to, że siedzibą ich są miasta powiatowe[1]). Miasta te są głównemi ogniskami życia dla tej całości terytoryalnej, która nazywa się powiatem, a podział ten uzasadniony jest głęboko doświadczeniem. sięgającem jeszcze w czasy przedrozbiorowe i wydoskonalonem praktyką przeszło stuletnią rządów austryackich, zanim w roku 1868 przybrał obecną postać, która i teraz jeszcze przez tworzenie nowych starostw w razie istotnej potrzeby doskonali się i do postępu kraju nagina. Wszystkie sprawy powiatu w takiem mieście zbiegają się poplątaną siecią nici i niteczek, a że miasto jest zarazem siedzibą samorządu powiatowego, nic przeto dziwnego, że jest ono prawdziwą stolicą powiatu, do której, jak do Rzymu, wszystkie drogi prowadzą. Godziwą rzeczą było, że Wydział krajowy przyjął zasadę popierania starań do tworzenia szpitali w tych miastach, tem słuszniej, że przygarniając pod swoje skrzydła szpitalnictwo, zastał już kilkanaście szpitali w takich miastach, i miał już cenną wskazówkę w robocie i znaczną ulgę w wydatkach. Żadna stastystyka obca, choćby najmisterniejsza, niezdolna jest przeciwstawić się tej przyrodzonej genealogii. W razie przeprowadzenia planu w całym kraju zyskuje się równomierny podział rzetelnej pomocy szpitalnej dla ludności, a choć mieszkańcy miast powiatowych i gmin podmiejskich będą uprzywilejowani, to mimoto najbardziej nawet upośledzone pod względem odległości gminy tylko od granic powiatu do jego środka chorych dowozić będą zmuszone, a trudności obecnie panujące maleć będą w miarę rozwoju dróg żelaznych i gościńców. Tak często, jako zarzut, podnoszone przepełnienie szpitali powszechnych stanowi najlepszy dowód ich użyteczności. Nic tu nie pomoże rada, że właśnie dla tego należy je wygodniej po obszarach powiatu rozmieścić. Szpital jest przepełniony, bo jest potrzebny i celowi swemu odpowiada; ludność garnie się do niego nie jako do abstrakcyjnego pojęcia leczniczego, ale na podstawie gruntownego doświadczenia, że ten lub ów szpital, dzięki swym środkom, osobistym zaletom lekarzy itp. czynnikom, udziela skutecznej pomocy w chorobie i w przypadku. Lud, który przyzwyczajony jest jechać po piaskach i błotach o trzy powiaty do znachora z bezwładnym, spuchniętym chorym — za nic sobie ma jazdę kilkunastukilometrową do szpitala, jeżeli to jego zapatrywaniu odpowiada. Wszak bardzo często jadą zdaleka chorzy z przepukliną, powikłanem złamaniem, rodzące z wypadniętą rączką lub zatrzymanem łożyskiem, mijając miasteczka, przez lekarzy zamieszkane, by dostać się do szpitala i znaleźć pomoc skuteczną w nagrodę zaufania i trudów. I to nie są wyjątki, lecz błogi sercu chleb, niemal że codzienny, lekarza szpitalnego. I nie jest to sztucznym wytworem stosunków, bo lud w tem, w czem ma wolny wybór, kieruje się sobie właściwemi pojęciami i nad wszystkiem, co tym pojęciom nie odpowiada, przechodzi do porządku dziennego. Z tem zjawiskiem trzeba się liczyć, bo bez tego dobre zarządzenia nieraz przepadają. Weźmy n. p. sprawę gminnych położnych, które wykształcone sumiennie osiadły na wsi i nic do roboty nie miały i tak będzie dopóty, dopóki nie zostanie wprowadzone kształcenie położnych wiejskich, z miejscowych żywiołów każdej gminy zrekrutowanych; weźmy zarzucone dziś ambulatoryjne leczenie jaglicy, leczenie świerzbu po wsiach podług oficyalnej recepty i wiele innych prób zacnych, które *in praxi* zawiodły. A więc nie wyrokiem zagłady, lecz dowodem słuszności bytu jest dla szpitala napływ ludu i przepełnienie. Ale szpital nie samemu ludowi służy; mają z niego nieoceniony pożytek wszystkie władze rządowe, powiatowe i miejskie i połączone z nim są ścisłymi węzłami (badanie obserwacyjne chorych sądowych, leczenie nierządnic, włóczęgów, aresztantów, rekrutów itp. itp.) — powiatowe kasy chorych tu leczą swych członków, liczni po miastach urzędnicy swą służbą żeńską i męzką; tu garną się mali przemysłowcy i rzemieślnicy, garną się biali murzyni dyurnów, którym choroba z piórem z ręki wytrąciła i środki do życia; garnie się tyle, tyle ludzkiej niedoli, która, tłumiona w zaułkach miejskich ułudną szatą wstydu, dopiero u bram szpitalnych wybucha z rozpaczliwą szczerością. Ważną równie i dobrych stron pełną jest okoliczność, że szpital ma dość spore rozmiary, a nie na 20 łóżek obliczony. Szpital bowiem, mający 60 do 80 i więcej łóżek, kilkunastutysięczny budżet, dwóch lekarzy, pracownią jaką taką, przyrząd desinfekcyjny, biblioteczkę, mikroskop, arsenał narzędzi itp. — rozporządza środkami, które pozwalają mu, skromnie co prawda, utrzymać się w godności zakładu naukowego; ma swoje poczucie odpowiedzialności i swoje dążenia naprzód, podsycane nieustannym nadzorem oświeconej ludności miasta; szpital taki może podejmować zabiegi chirurgiczne nawet cięższe, prowadzić leczenie, wymagające naukowej ścisłości i nakładu pieniężnego; pozaszpitalni lekarze miasta powiatowego są częstokroć gorliwymi współpracownikami zakładu, popierając radą i pomocą siły domowe. Przez to wytwarzają się na prowincyi ogniska, które może nauki nie posuwają naprzód, ale pielęgnują jej zdobycze, popularyzują pewne sposoby leczenia, rzadko stosowane w prywatnej praktyce, wyrabiają dodatni nastrój etyczny wśród kolegów i łagodzą brutalne popędy konkurencyi zawodowej.

Oto w kilku rysach przedstawiony typ dzisiejszego szpitala na prowincyi. Widzimy, że jest potrzebny i że służbę swoją robi dobrze. Wniosek Dra L. Jaklińskiego dąży do zastąpienia tego szpitala innym typem szpitali mniejszych, lecz gęściej rozrzuconych, pod opieką lekarzy okręgowych. Nim do tych małych szpitali przejdę, muszę nieco omówić znaczenie pewnych wykazów statystycznych innych krajów, którymi tak często nasze szpitale bywają biczowane. Porównania takie, wykazujące liczbowo ogromną różnicę w uposażeniu zdrowotnem tych krajów, a Galicyi, posiadają same przez się bardzo małą siłę dowodową, tem mniejszą zaś siłę mają wnioski, wysnuwane co do potrzeby wprowadzania na tej podstawie pewnych urządzeń. Objaśnijmy to przykładem: że małe szpitale, jako publiczne, okazały się korzystnymi, „dowodzi tego Bawarya, która, mając lepsze jak u nas środki komunikacyjne, a więc łatwiejszy dowóz chorych, buduje większą ilość małych szpitali publicznych; tam bowiem na ogólną liczbę 355 szpitali powszechnych, mniejszych jak na 50 łóżek, znachodzi się 220, w których liczba łóżek nie przekracza 20“. Te cyfry przemawiać mają za potrzebą podobnego ustroju u nas, a tymczasem nie są one niczem więcej, jak tylko liczbowym obrazem stanu szpitali w Bawaryi i nie mówią nam zgoła, jak daleko uprawnieni jesteśmy posuwać analogię, bo nie tłómaczą nam tysiąca innych czynników geograficznych, ekonomicznych, kulturalnych, historycznych, prawnych i zwyczajowych, jakie taki stan wytworzyły — i to tem mniej, że przeglądając tabele sanitarne bawarskie za rok 1896 i 1897, do szpitali się odnoszące, spotyka się zjawiska statystyczne, które wcale do naśladowania nie zachęcają. Oto rozdrobnienie szpitali jest tak wielkie, że 109 z tych szpitali leczyło w roku mniej jak 50 chorych, 53 szpitali leczyło mniej niż 20 chorych, jest zaś sporo takich, które leczyły w ciągu roku trzech, czterech chorych, nie mówiąc już o szpitalach, które żadnego chorego nie leczyły. Statystyka tych zjawisk nie rozjaśnia, lecz tem mniej za przykład nam ich stawiać nie może; tylko dokładne, przeprowadzone na miejscu badanie ustroju szpitalnego w danym kraju przez siły zawodowe daje prawo do wzorowania. I tak się dzieje na świecie i działo się oddawna, że przytoczymy komisyę, która z Paryża po pożarze Hôtel Dieu jeździła około roku

[1]) Wyjątek jedyny stanowi Lubaczów w powiecie Cieszanowskim ze względu na kolej i inne stosunki sprzyjające.

1787 za kanał La Manche badać angielskie wzory, lub wyprawy do włoskich szpitali, jakie urządzano z Berlina w okresie reformy tamtejszego szpitalnictwa. U nas takich studyów nad małymi szpitalami nie przedsiębrano. To co wspomniałem o Bawaryi, która obszarem i zaludnieniem nie zbyt od nas odbiegła, w większej jeszcze mierze odnosi się do przytaczania szpitali ziemstw, przyjętych w guberniach rosyjskich podług jednego mniej więcej wzoru, od których nas jeszcze znaczniejsze, a mniej zbadane, dzielą różnice. Dopóki studya takie porównawcze nie będą u nas pogłębione, najlepiej rozważać sprawy domowe w oświetleniu domowego ogniska.

Po wykluczeniu szpitali żydowskich i stołecznych pozostaje w Galicyi 26 powszechnych dawnego typu i około 32 szpitali, nie mających prawa publiczności. Z tej właśnie liczby 32 możnaby pewne rzucić światło na sprawę małych szpitali. Otóż z tych 32 szpitali, 10 ma siedzibę w miastach powiatowych, a więc są to właściwie zarodki przyszłych szpitali powszechnych, inne jednak przeważnie należą do zakonów, przeznaczone są dla służby skarbów, przedsiębiorstw, kopalni, tartaków itp. i tak różnorodne mają cele, warunki bytu, ograniczenia, że właściwie nie można na nich opierać żadnych ściślejszych wniosków co do potrzeby rozmieszczenia szpitali w kraju. Niektóre szpitale prywatne rozwijają się dobrze, tam zwłaszcza, gdzie są jedynym przytułkiem chorych, a wziętość ich opiera się na osobistych zaletach lekarzy, o czem w bardzo pochlebny dla siebie sposób wie Dr. Jakliński. Wydatność pracy tych szpitali ograniczona jest przez zbyt małe rozmiary; z ust lekarzy słyszy się skargi wprost przeciwne motywom wniosku, jeden zaś z nich pisze do nas: „Wada w szpitalu ta, że jest za mały i że za fundusze, które są, możnaby o wiele większy szpital urządzić przy małej pomocy kraju lub powiatu i zamienić go na publiczny powiatowy“. Znamienne to uwagi, wypowiedziane po 10-letniem doświadczeniu. Wiele szpitali z tego powodu nie przyjmuje chorych na kiłę, nie przyjmuje dzieci, nie wykonywa pewnych operacyj i często odsyła chorych do sąsiednich szpitali powszechnych. Wszystkie, o ile stopą chcą dorównać normalnym zakładom, cierpią na wysokie wydatki, które na chorego i na dzień wynoszą do 1 złr. 30 ct., a nawet 1 złr. 50 ct.

Przejdźmy teraz do istniejących jeszcze szpitali pod opieką lekarzy okręgowych i weźmy na uwagę najpodatniejszy dla wniosku przykład: powiat, w którym dotąd szpitala powszechnego nie ma i zamiast „zakładać nowy większy“, załóżmy dwa mniejsze w siedzibie lekarzy okręgowych. W mieście powiatowem takiego szpitala zakładać nam nie wolno, bo to nie siedziba okręgu, zatem cała ludność miejska i te wszystkie warstwy pomocy łaknące, które wyżej wymieniłem, pozbawione będą opieki szpitalnej w miejscu, na rzecz klienteli lekarza okręgowego. Zajdą także niezwykłe wypadki, że z miasta i z gmin podmiejskich będą chorzy wędrować lub jechać do miasteczka, w którem jest siedziba lekarza okręgowego, a nawet ta niesłychana ofiara nie uwolni przecie innych gmin, stanowiących okręg sanitarny tego miasteczka, od przykrości wożenia swoich chorych, boć szpital w okręgu jeden, a gmin kilkanaście i więcej. Rozumowanie takie, to nie sofizmat lub karykatura, lecz nieuniknione, konsekwentne następstwo zastósowania wniosku *in optima forma*. W powiatach, gdzie jest już szpital starego typu, stosunki tak jaskrawe nie będą; zawsze jednak nie braknie gmin, którym bliżej będzie do szpitala powszechnego w swoim lub sąsiednim powiecie, jak do własnego okręgowego, a i tę korzyść gminy mieć będą nie wskutek wniosku, lecz pomimo wniosku, dzięki dawniejszym urządzeniom. Weźmy następnie sprawę kosztów.

W roku 1896 zapłacił Wydział krajowy za leczenie ubogich w szpitalach powszechnych 365.092złr., przy taksie średniej 53.4 ct., W szpitalach małych nieuniknione być musi podwyższenie taksy. którą obliczam na 80 ct. średnio. Toby zwiększyło ciężary krajowe o 35,000 złr. Nie zapominajmy zaś, że tu się zamieniło dopiero 24 szpitali dawnych na pewną liczbę małych, ale rzeczywisty stosunek pełnej liczby siedmdziesięciu kilku szpitali powiatowych do odnośnej liczby małych da nam około stu tysięcy rocznej różnicy. Jest to liczba, z którą bardzo liczyć się trzeba.

To są uwagi ogólne. Inny szereg uwag tkwi w samem urządzeniu pojedyńczych szpitali okręgowych. W zasadzie w siedzibie lekarza okręgowego innych lekarzy nie ma, bo właśnie na to go tam osiedlono, by wypełnić lukę w posterunku. Kto zna szpitalnictwo, zaraz zrozumie niekorzyści z tego płynące. Szpital o jednym, jedynym lekarzu, to nie *matrona unius viri*, to właśnie leczenie przez wszystkich. Lekarz wyjechał, przywieziono chorego, który potrzebuje doraźnej pomocy; udzieli mu jej siostra, dozorca, dozorczyni czasem dobrze, czasem źle, czasem bardzo źle, zwolna wytworzą się domowe zwyczaje, rodzaj partactwa osłonionego szpitalem, a podsycanego tem, że lekarz obciążony jest innymi obowiązkami. On musi wyjeżdżać na szczepienie, na epidemie, na objazdy, a musi też zajmować się praktyką prywatną, bez której płaca urzędowa, choćby z dodatkiem za szpital, nie wystarczy mu. Nie w każdym okręgu lekarz wykonywa całą litanię, objętą w instrukcyi; a i czynności same nie wszędzie jednako są uciążliwe; zawsze przecież zostanie mu spora wiązka zajęć tak różnorodnych, że sumienne, w każdym kierunku równomierne ich spełnienie, będzie nader trudne. Gdyby jednak nawet ze szkodą czynności okręgowych oddał swe siły szpitalowi, zapał jego wnet ostygnie. W chirurgii będzie do najwyższego stopnia ograniczony brakiem pomocnika lekarskiego, nie będzie mógł chloroformować chorych, co przy naprawie nie jednego zwichnięcia, przy sztucznych porodach, przy przepuklinie uwięzgniętej i innych ważnych przypadkach, w praktyce wiejskiej dość częstych, jest poprostu niezbędne. Nie zawsze będzie mógł sprowadzić do pomocy sąsiada, który za darmo nie przyjedzie, lub którego w domu nie zastanie posłaniec; nie zawsze też nagłość wskazania pozwoli doczekać się jego przybycia. A to są obowiązkowe tylko przypadki, gdzież miejsce w szpitalu o jednym lekarzu na operacye stylowe, które wytwarzają reputacyą zakładowi, a zadowoleniem przejmują lekarza, budząc w nim miłość do zawodu, pogłębienie wiedzy i ufność we własne siły. Raz, drugi — może porwie się w górę, sprowadzi pomoc swoim kosztem: ale życie trudne, obowiązki inne wnet ściągną go do poziomu i osłabią lot jego skrzydeł. Szpital spocznie na poziomie mierności, wobec której dzisiejszy szpital starego typu stoi nieskończenie wyżej. Kraj na tej zamianie nie zyska, a nauka z pewnością straci. Nie trzeba się łudzić. Szpitalnictwo jest dziś niemal specyalnością, która prócz dobrej woli, wymaga pola do pracy, środków, podziału, przykładu, zachęty,... wymaga nieustannego, nie roztargnionego wyrabiania się w zawodzie. Wszystkiego tego zabraknie w szpitalu okręgowym; powszechny zaś szpital ma te wszystkie warunki choć w bardzo skromnej mierze. ale w dostatecznej, że tak powiem, dla utrzymania właściwego kolorytu. Krok niżej, a koloryt ten zniknie. Nie obniżajmy więc tonu, dla rzekomych pożytków. Nie mam zamiaru krok za krokiem sprawę roztrząsać; wspomnę więc zwięźle o jednym jeszcze punkcie. Podnoszone zalety dobrej żywności dość są wątpliwe. Mleko brane od dostawcy z wielkiej mleczarni nie jest gorsze, ani droższe od mleka, donoszonego przez włościan, którzy dość mają sprytu do falszowania nabiału; ktoby zaś chwalił mięso z jatek małomiasteczkowych, ten bodaj nigdy jeść go nie był zmuszony. Chleb od dostawcy zwykle i tańszy i lepszy, jak w domu pieczony, choćby się już nie liczyło straty czasu i kłopotu i dlatego też pieczenie chleba bardzo rzadko szpitale prowadzą we własnym zarządzie. Ale to są już podrzędne sprawy.

Na tem kończę przykre zadanie zwalczania wniosku, który wszelkie do sympatyi ogólnej miałby prawo, gdyby nie groził szpitalom powszechnym. Ma on bowiem na celu rozszerzenie i wzmocnienie działania lekarzy okręgowych. Instytucya ta zaś, mimo obecnych braków, może być dla kraju tak pożyteczną i dobrą, że ani te braki, ani wadliwy nieraz sposób stósowania, nie mogą jej słuszności bytu pozbawiać. Odpowiada ona zbawiennej zasadzie, że ludność kraju ma mieć jak najgęściej rozsianą, łatwo dostępną pomoc i poradę lekarską, a im więcej lekarz z tą ludnością się zżyje, tem wpływ jego na zdrowotność ogółu będzie większy, oparty na zdobytem zaufaniu i widocznych błogich owocach pracy. Wady lub zalety instrukcyi mają znaczenie podrzędne: rozstrzygają osobiste zalety lekarza, jego poczucie obywatelskie, zawodowa gorliwość. Wysoka skala wymagań przy nadawaniu posad wyszła na dobre i z przyjemnością słyszy się, jak lud o lekarzu okręgowym mówi po imieniu lub „nasz doktór“. Ale chcąc mieć dobre skutki z pracy lekarza okręgowego, nie należy go przeciążać, nie należy żądać od niego zbyt wiele, zwłaszcza w niezgodnych kierunkach, bo cała jego działalność ucierpi. Zarząd szpitala choćby małego, szpitala powszechnego o normalnym, ciągłym ruchu chorych, spoczywający w ręku jednego lekarza, zbyt wiele czasu i zajęcia wymaga, by ten lekarz mógł równocześnie pełnić inne, trudne, a jak widzimy, dla kraju bardzo ważne obowiązki; albo będzie dobrym lekarzem okręgowym na koszt szpitala, albo odwrotnie i to nie zupełnie. Dwom tak ważnym zadaniom nie podoła, bo każde wymaga niepodzielonego oddania sił i to sił doskonalących się w danym kierunku. Zdrowy, wydatny zawód wyrodzi się w przeciążenie lub w niedbalstwo. Zostawmy lekarza szpitalnego przy szpitalu, okręgowego przy okręgu, niech się wzajemnie uzupełniają w robocie, której podział wyraźny jest i jasno odgraniczony. Równomierny, silny rozwój obu tych czynników będzie rozwiązaniem sprawy krajowej służby zdrowia na prowincyi.

Szpital powszechny nie może czynić żadnych ofiar na rzecz okręgów sanitarnych; innych więc dróg szukać należy, by wzmocnić stanowisko lekarza okręgowego. W każdym okręgu zdarzają się wypadki chorobowe, wymagające szybkiej pomocy lub odosobnienia, zwłaszcza wśród najuboższej klasy ludności, albo wśród niestałych,

dachu nad głową pozbawionych, zarobników; będą to bądź choroby zakaźne i zapalne, bądź wypadki nieszczęśliwe, jak przejechania, rażenia piorunem, samobójstwa, porody itp., którym potrzeba doraźnej opieki, lub stósownego umieszczenia. Na takie przypadki winna być wyposażona, jeśli już nie każda większa gmina, to przynajmniej ta, która jest siedzibą lekarza okręgowego. Ustawa z 2 lutego 1891 roku, urządzająca okręgową służbę zdrowia, bardzo mądre, choć niestety martwą literą dotąd będące wskazówki daje w § 18: „wszystkie gminy, które utrzymują własnych lekarzy, mają poczynić odpowiednie zarządzenia celem niesienia natychmiastowej pomocy dla chorych, potrzebujących przytułku i opieki, oraz dla rodzących, a mianowicie mają one utrzymywać w pogotowiu odpowiednio urządzony lokal dla chorych, opatrzony w najniezbędniejsze potrzeby ratunkowe i przewozowe“. Ustawa, jakby umyślnie nie używa wyrazu szpital lub szpitalik, by nie nakładać na gminy, a raczej na kraj cały, ogromnego ciężaru, jakim byłoby tworzenie normalnych, stale działających zakładów. Wykonanie § 18 dałoby lekarzowi okręgowemu potężną broń do ręki, a w niczemby nie ograniczyło jego ruchliwości. Typ takiego przytułku nie potrzebowałby się wzorować na szpitalnym szablonie; dość, by w ulepszony sposób naśladował zwykłe warunki bytu naszego ludu. Dom drewniany choćby pod strzechą, o dwóch lub trzech izbach, najskromniejsze urządzenie sprzętów, pościeli i naczyń, do nadzoru chorych, prosta kobieta, pouczona przez lekarza lub jakiś stary żołnierz sanitarny, możliwie prędkie odesłanie chorego do szpitala powszechnego, oto szkic najgrubszy schroniska, które nieraz tygodniami mogłoby być nieczynne, zamknięte, a które ma już pewne tradycye krajowe w domach przez gminy podczas cholery z polecenia rządu zakładanych. Nie spadłyby one na fundusz krajowy, bo domu mogłaby udzielić gmina lub mógłby okręg wspólnemi siłami zakupić, przyczem osobisty wpływ lekarza, dającego zachętę do składek, ofiar, grzywien itp. mógłby częstokroć dopomódz; z tego samego źródła dałyby się pokryć nieznaczne koszta utrzymania, choć to i w zakres obowiązków gminy mogłoby się zmieścić. Oczywiście, że dopiero przez wprowadzenie § 18 w życie urobiłoby się szczegółowo właściwą, do potrzeb dopasowaną formę tych przytułków; obecnie idzie mi tylko o wskazanie tej ustawowej dźwigni, która podeprze pracę lekarza okręgowego, nie rozbijając całości szpitali powszechnych.

Poruszyłem sprawę wniosku Dra Leona Jaklińskiego, bo uważam ją za doniosłą zarówno z lekarskiego, jak i krajowego stanowiska, poruszyłem nie dla wzniecania literackiego sporu, lecz dla rozpatrzenia jej z praktycznego względu, na podstawie obserwacyi własnej na prowincyi, dzień po dniu zebranej; poruszyłem, czując w głębi, że zasłużonemu wnioskodawcy nie o słowa wniosku, lecz o dobro kraju idzie i że skromne uwagi moje w tym samym pojmie duchu. *Dr. J. Łuszczkiewicz.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 5 stycznia 1899 r.

* W Nrze 52 »Przegl. Lek.« podaliśmy wyciąg z pracy statystycznej, ogłoszonej w »Oester. Sanitätswesen«, a dotyczącej statystyki chorób zakaźnych w Austryi w r. 1897. Zwróciliśmy głównie uwagę na fakt, że kiedy surowica przeciwbłonicza przyjęła się w całem państwie, a nawet stósowano ją na Bukowinie w 41% przypadków, to w Galicyi odsetek ten wynosi zaledwo 16%. Niekorzystne uwagi, wyrażone z tego powodu w dziennikach obcych, dotyczyć mogą tylko lekarzy galicyjskich, którym nic nie tamuje możności szerszego stósowania surowicy przeciwbłoniczej, w każdym razie nie mają więcej trudności, niż np. na Bukowinie. Bliższe jednak rozpatrzenie się w tej sprawie przekonuje, że odsetek ten (16%) nie jest zupełnie ścisły, gdyż koledzy, z którymi na razie rozmówić się zdołaliśmy, oświadczyli kategorycznie, że o przypadkach swoich stósowania surowicy nie zawiadamiali władzy. Przekonani jesteśmy, że gdyby dla kontroli zasięgnięto wiadomości z ksiąg aptecznych i zakładu prof. Bujwida, statystyka galicyjska nie wypadłaby dla nas tak niekorzystnie. Z rozmów z kolegami odnieśliśmy takie wrażenie, że władze postąpiłyby dobrze, gdyby nakaz zawiadamiania o stósowaniu surowicy przypomniały raz jeszcze, gdyż wszyscy przyznają, że się jakoś zatarł w pamięci.

* Nieraz już spotykaliśmy się ze zdaniem, że Warszawa posiada większą liczbę »Domów zdrowia«, aniżeli tego wymagają miejscowe potrzeby. Podziwiać należy pewną w tym względzie lękliwość lekarzy galicyjskich. Nie licząc specyalnych zakładów, tylko Kraków posiada »Dom zdrowia« zasłużonego na tem polu Dra J. Gwiazdomorskiego. Lwów od wielu lat cieszy się pokaźną liczbą wybitnych specyalistów, których grono, z chwilą powołania do życia Wydziału Lekarskiego, znacznie się pomnożyło. Wszystko to przyczyni się do wzmożenia we Lwowie zawodowej działalności lekarskiej, która obejść się nie będzie mogła bez »Domu zdrowia«. Zwracamy uwagę kolegów na tę lukę, której wypełnienie leży w interesie lekarzy lwowskich i społeczeństwa.

* W Nrze 30 »Przegl. Lek.« z r. 1896 zdaliśmy sprawę z dzieła pod tyt.: »Kuchnia higieniczna i dyetetyka szczegółowa«, opracowanego przez panią E. Jaworską, z wstępem naukowym pióra prof. W. Jaworskiego. Obecnie książka ta wyszła w języku niemieckim pod tyt.: »Diätetische Küche für Kranke und Gesunde«, co poniekąd dowodzi istotnej jej wartości i znaczenia dla zdrowia ludzkiego zawartych w tej książce uwag, rad i przepisów.

* Staraniem i nakładem p. Bron. Koskowskiego, redaktora »Czasopisma Towarz. aptek.«, wyszedł we Lwowie K a l e n d a r z F a r m a c e u t y c z n y na r. 1899, zawierający obfitą treść informacyjną i naukową. Kształt kalendarza, staranne wydanie, objęcie w »Spisie właścicieli, dzierżawców i zarządców aptek« całego obszaru Polski, zalecają nadzwyczaj korzystnie to wydawnictwo, któremu życzymy szczerze powodzenia.

* Prof. Behring do współki z Dr. Rupplem postarał się o nowy patent na wyrób surowicy przeciwgruźliczej pod nazwą: »metoda, służąca do wytworzenia substancyi wysoce jadowitej i uodporniającej przeciw prątkowi gruźliczemu i jego hodowli«.

* W Chinach powstało pierwsze czasopismo lekarskie i wychodzić ono będzie w Hong-Kong pod tyt.: »Miesięcznik lekarski, chirurgiczny i higieniczny«, pod redakcyą Dr. Wan Tun Mo.

* Dnia 25 grudnia przybił do przystani w Plymouth parowiec »Golkonda«, którego kapitan niezwłocznie uwiadomił władzę portową, że ma na pokładzie chorego na dżumę.

* Stanley Kent, lekarz szpitalny w Londynie, który badał bakteryologicznie krowiankę w ciągu pięciu lat, oświadcza, że wykrył swoisty ustrój, który stanowi czynny pierwiastek limfy szczepiennej.

Nekrologia. Zmarli: W Brukseli — prof. Gluge, fizyolog, w 86 roku życia. W Cambridge — prof. patologii Kanthack.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* Nr. 52: Dra C h e ł m o ń s k i e g o A.: Jodek sodu i potasu, jako środki lecznicze przy krwotokach. Dra H e r m a n a: O znieczulaniu miejscowem i granicach jego stósowania (c. d.). Dra P i o t r o w s k i e g o J.: O leukemii i sprawach pokrewnych (dok.). W *Pamiętniku Towarz. Lekars. Warszawskiego*: Dra J ą k o w s k i e g o M.: Wyniki badań bakteryologicznych w 350 przypadkach ropienia u ludzi. Dra Ż u r a k o w s k i e g o A.: Bakterye wody wodociągowej w Warszawie. Dra B i e r n a c k i e g o E.: Spostrzeżenia nad glikozą (utlenianiem cukru przez krew), warunkami jej istnienia i zachowania się w stanach patologicznych (dok.). Dra S a w i c k i e g o J. W.: Falowanie nerwowe jako równoważnik zjawisk psychicznych. Zarys energetyki układu nerwowego (c. d.).

Redakcya otrzymała:

— K a l e n d a r z Farmaceutyczny na rok 1899. Lwów.

— Dr. K r o k i e w i c z A.: Brak kw. solnego wolnego (Anachlorhydria) w treści żołądkowej w przebiegu rozlicznych wrzodów okrągłych żołądka. (Odbitka). Kraków, 1898.

— Doc. Dr. K o r c z y ń s k i L.: Einige Bemerkungen über das Myxödem. (Odbitka). Wiedeń, 1898.

— T e n ż e: Kilka uwag o Szczawnicy, jako stacyi klimatycznej dla chorych gruźliczych. (Odbitka). Warszawa, 1898.

Na tablicę pamiątkową dla ś. p. prof. Alfreda Obalińskiego wpłynęły do dnia 1 stycznia 1899 roku następujące datki: Dr. T. Bąkowski z Mielca 1 złr.; Dr. M. Berger z Dobczyc 2 złr.; Dr. St. Burzyński c. i k. lekarz fregaty 15 złr.; Dr. M. Buzdygan 2 złr.; Dr. J. Dura z Krzeszowic 2 złr.; Doc. Dr. W. Łepkowski 5 złr.; Dr W. Sciborowski z Krakowa 10 złr.; Doc. Dr. Sroczyński 10 złr.; W. P. Sydon Szczepkowski 4 złr; Dr. J. Siedlecki 5 złr.; Dr. E. Majewicz 1 złr. — **razem z poprzednimi złr. 155.**

Dr. M. Rutkowski,
(Kraków, klinika chirurgiczna).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.